

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN ACİL POLİKLİNİĞİ'NE
OCAK 2005 - ARALIK 2005 TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN
65 YAŞ ve ÜZERİNDEKİ HASTALARIN
EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ**

Dr. Fahrigür DEDE

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

ANKARA

2006

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN ACİL POLİKLİNİĞİ'NE
OCAK 2005 - ARALIK 2005 TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN
65 YAŞ ve ÜZERİNDEKİ HASTALARIN
EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ**

Dr. Fahrigür DEDE

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Servet ARIOĞUL**

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

ANKARA

2006

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yapılması için ve asistanlık eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen Hacettepe Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı eski başkanı Prof. Dr. Bülent Sivri'ye,
Göreve başladıktan sonra her türlü sorunumuzda yanımızda olacağını hissettiren ve çalışmalarımızı destekleyen yeni bölüm başkanımız Prof. Dr. Ahmet Şahin'e,
Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli desteği ve yardımı esirgemeyen Prof. Dr. Servet Arıoğul'a,
Öğrencilik yıllarımdan itibaren bana olan güveni sayesinde zorluklara dayanma gücü sağlayan Doç. Dr. Figen Coşkun'a,
Bana her zaman ağabeylik yapan, verilerin gruplamasında ve değerlendirmesinde büyük katkısı olan Uzm. Dr. Mahir Kunt'a,
Yazım aşamasında yaptığı düzeltmeler ve yardımları ile çalışmanın son halini almasını sağlayan Uzm. Dr. Nalan Metin Aksu'ya,
Bana her zaman yardımcı olan, önsüzün çevirisiyle beni büyük bir yükten kurtaran sevgili arkadaşım Dr. Şebnem Bozkurt'a,
Her zaman destek olan tüm uzmanlarımıza ve asistan arkadaşlarıma,
Uzun dosya tarama süresince binlerce hasta dosyasına ulaşmamı sağlayan tüm arşiv çalışanlarına,
Başvuran hasta bilgilerine ulaşmamı sağlayan Bilgi İşlem Dairesi Müdürü Özdemir Can'a,
Her istediğimde yazdıklarımı okuyup, yorumlarını ve önerilerini esirgemeyen sevgili kardeşim Dt. Utku Dede'ye,
Benden çok yorulup, bütün yazdıklarımı defalarca bıkmadan kontrol eden, varlığıyla her şeyin gerçekleşmesini sağlayan, hayata anlam kazandıran sevgili eşim, hayat arkadaşım Dr. Ayşe Dede'ye
İçtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Fahrigür DEDE

ÖZET

Dede F., Hacettepe Üniversitesi Erişkin Acil Polikliniği'ne Ocak 2005 - Aralık 2005 Tarihleri Arasında Başvuran 65 Yaş Ve Üzerindeki Hastaların Epidemiyolojik İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı Tezi. Ankara, 2006. Geriatrik hastaların tanı ve tedavisinde acil servislerde zorluklarla karşılaşmaktadır. Hastaların buldukları yaş grubuna özgü sağlık sorunlarının olması nedeniyle, başvurularının fazla olduğu merkezlerde acil servislerde çalışan sağlık ekibinin özel olarak yetiştirilmesi gerekmektedir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran yaşlı hasta profilini çıkarmak bu açıdan önem kazanmaktadır. 1 Ocak–31 Aralık 2005 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların şikayetleri, tanıları, altta yatan hastalıkları, kullanmakta oldukları ilaçlar, hastanede geçirdikleri süre, yatış yapılan servisler ve ölüm oranları geriye dönük dosya tarama yöntemiyle kaydedildi. Bütün başvuruların %12,2'si geriatrik yaş grubundaydı. Hastaların %18,6'sı yatırılarak tedavi edildi. En sık başvuru nedeni nörolojik şikayetler %14,3 ve en sık konulan tanı ise %20,4 ile kardiyovasküler sistem patolojileri oldu. Genel ölüm oranı %6,9 olurken, yatırılarak tedavi edilen hastalarda %17,8, ayaktan tedavi edilenlerde %2,2 oldu. Başvuru öncesinde kronik böbrek yetmezliği ve kognitif fonksiyon bozukluğu olan hastaların ölüm oranları sırasıyla %27,6 ve %17,4 idi. Malignansi, kafa travması ve intrakraniyal kanama tanı gruplarında en yüksek ölüm oranı olduğu görüldü. Dahiliye, Acil Servis Gözlem Odası, Koroner Bakım Ünitesi ve Genel Cerrahi bölümleri en fazla yatış yapılan servisler oldular. Servislere yatırılınca kadar acil serviste ortalama 2 gün kaldıkları görüldü. Dahiliye bölümüne yatan grup ortalama 3 gün ile acil serviste en uzun süre kalan hastalardı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine başvuran geriatrik hasta sayısının fazla olması, acil servis ekibinin geriatri konusunda bilgi sahibi olması zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Hastaların yatış oranlarının, yurt dışındaki örneklerden düşük olması nedeniyle incelenmesi gereken bir konu olarak görünmektedir. Genç hastalarda da benzer bir çalışma yapılması, daha sağlıklı bir karşılaştırma olanağını sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik hasta, acil servis, yatış, ölüm oranı.

ABSTRACT

Dede F., Epidemiological Evaluation of Patients Older than 65 years Presenting to Hacettepe University Adult Emergency Department Between January 2005 – December 2005, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Emergency Medicine, Ankara 2006. Diagnosis and treatment of geriatric patients in emergency departments have some difficulties. Since elderly patients have unique health problems with respect to their age, health care staff in emergency services with high rates of elder patient presentations needs special training. From this aspect, knowing the elderly patient profile presenting to Hacettepe University Emergency Department becomes important. Complaints, diagnosis, history of illnesses, medications, length of hospital stay, wards of admission, and mortality rates of patients older than 65 years, presenting to Hacettepe University Emergency Department from 1st January 2005 to 31st December 2005 were recorded retrospectively from patient records. 12,2% of all patients were in geriatric age group. 18.6% of patients were hospitalized. The most common complaint was neurological (14.3%); the most common diagnoses were pathologies of cardiovascular system (20.4%). Overall mortality rate was 6.9%, which was 17.8% in hospitalized patients and 2.2% in patients treated as outpatient. Mortality rates of patients with history of chronic renal failure and cognitive function disorder were 27.6% and 17.4%, respectively. The highest mortality rates were observed in patients with malignancy, head trauma and intracranial bleeding. Wards of Internal Medicine, Emergency Medicine Observation Unit, Coronary Care Unit and General Surgery had the highest admission rates. Patients stayed in emergency department with an average of 2 days until they were hospitalized to wards. Patients who were hospitalized to Internal medicine wards had the longest staying time in emergency department with an average of 3 days. High rates of geriatric patients applying to Hacettepe University Adult Emergency Department show the necessity for emergency staff to be informed and trained about geriatrics. Lower rate of hospitalization of patients compared to foreign countries is an issue of consideration. Similar studies on younger patient populations would give opportunity for better comparisons.

Keywords: Geriatric patient, emergency department, admission, mortality rate.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER	ix
TABLolar	x
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	2
BİREYLER ve YÖNTEM	8
BULGULAR	13
4.1. Geriatrik Hastaların Başvurma oranları	13
4.2. Birden Fazla Başvuru Yapan Hasta Sayısı Dağılımı	13
4.3. Şikayet, Tanı ve Sonuç Bilgilerine Ulaşılabilen Hastalar	13
4.4. Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları	14
4.5. Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı	14
4.5.1. Başvuru Şikayet Gruplarının Sayısal Dağılımı	14
4.5.2. Başvuru Şikayet Gruplarının Cinsiyetlere Dağılımı	16
4.5.3. Başvuru Şikayet Gruplarının Mevsimlere Dağılımı	17
4.6. Tanıların Dağılımı	18
4.6.1. Tanı Gruplarının Dağılımı	18
4.6.2. Tanı Gruplarının Cinsiyetlere Dağılımı	19
4.6.3. Tanı Gruplarının Yaş Ortalamalarının Dağılımı	20
4.6.4. Tanı Gruplarının Mevsimlere Dağılımı	21
4.7. Servislere Yapılan Yatışların Dağılımı	22
4.7.1. Yatış Yapılan Hastaların Oranı	22
4.7.2. Yatış Yapılan Genç ve Yaşlı Hastaların Oranları	22
4.7.3. Yatışlarının Şikayetlere Göre Dağılımı	22

4.7.4. Yatışların Tanılara Göre Dağılımı	23
4.7.5. Yatışların Bölümlere Dağılımı	24
4.7.6. Yatışların Cinsiyetlere Göre Dağılımı	25
4.8. Yaşlı Hastaların Başvuru Sonrası Geçirdikleri Süre	27
4.8.1. Cinsiyete Göre Hastanede Geçirilen Süre	27
4.8.2. Şikayet Gruplarına Göre Hastanede Geçirilen Süre	27
4.8.3. Tanı Gruplarına Göre Hastanede Geçirilen Süre	28
4.8.4. Yatma Durumuna Göre Hastanede Geçirilen Süre	30
4.9. Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklar	30
4.10 Başvuru Öncesinde Kullanılan İlaçlar	32
4.11. Sonuçlar	34
4.11.1. Ölüm ve Taburculuk Dağılımı	34
4.11.2. Şikayet Gruplarında Ölüm ve Taburculuk Dağılımı	34
4.11.3 Tanı Gruplarında Ölüm Dağılımı	35
4.11.4 Yatan Hastalarda Ölüm Dağılımı	36
4.11.5 Kronik Hastalık Durumuna Göre Ölüm Dağılımı	37
TARTIŞMA	39
SONUÇLAR	46
KAYNAKLAR	48

SİMGE VE KISALTMALAR

AGE	Akut Gastroenterit
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AS	Acil Servis
BAS	Büyük Acil Servis
DM	Diyabetes Mellitus
GDB	Genel Durum Bozukluğu
GİS	Gastrointestinal Sistem
HL	Hiperlipidemi
HT	Hipertansiyon
HÜTF	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İKK	İntrakraniyal Kanama
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBB	Kulak Burun Boğaz
KBÜ	Koroner Bakım Ünitesi
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KİS	Kas iskelet sistemi
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
KVS	Kardiyovasküler Sistem
Mİ	Miyokard İnfarktüsü
MÜTF	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
MVO	Mezenterik Vasküler Oklüzyon
NPA	Nötropenik Ateş
NSAİİ	Non-steroidal Antiinflamatuvar İlaçlar
NVİ	Nüfus ve Vatandaşlık İşleri İdaresi
NVS	nörovasküler sistem
OA	Osteoartrit
OP	Osteoporoz
PTE	Pulmoner Tromboemboli
SSS	Santral Sinir Sistemi
SVO	Serebrovasküler Olay
TİA	Transiyent İskemik Atak
TKDC	Toraks Kalp Damar Cerrahisi
ÜSYE	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
YDT	Yumuşak Doku Travması

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Şikayet gruplarının yüzdeler halinde dağılımı.	15
Şekil 4.2. Şikayetlerin cinsiyetlere göre yüzdeler halinde dağılımı.	16
Şekil 4.3 Tanı gruplarının dağılımı yüzdeler halinde dağılımı.	18
Şekil 4.4. Tanı gruplarının cinsiyetlere göre yüzdeler halinde dağılımı.	19
Şekil 4.5. Başvuru şikayetlerinin yatışlarının yüzdeler halinde dağılımı	23
Şekil 4.6. Tanıların yüzdeler halinde yatış oranları.	24
Şekil 4.7. Yatan hastaların kendi içinde yatış yapılan bölümlere dağılımı yüzde olarak dağılımı.	25
Şekil 4.8. Hastaların cinsiyete göre servislere yatışlarının yüzde olarak dağılımı.	26
Şekil 4.9. Şikayet gruplarının, AS'te, yatış yapılan servislerde ve hastanede toplam kalış sürelerinin gün olarak ortalamaları.	28
Şekil 4.10. Tanı gruplarının, AS'te, yatış yapılan servislerde ve hastanede toplam kalma sürelerinin gün olarak ortalamaları.	29
Şekil 4.11. Servislere yatış yapılan hastaların, AS'te, yatış yapılan servislerde ve hastanede toplam kalma sürelerinin gün olarak ortalamaları.	31
Şekil 4.12. Hastaların daha önceden tanı konulmuş kronik hastalıkların yüzde olarak dağılımı.	32
Şekil 4.13. Hastaların başvuru öncesinde kullanmakta oldukları ilaçların yüzdeler halinde dağılımı.	33
Şekil 4.14 Bilgisine ulaşılan tanıların ölüm oranlarının yüzdeler halinde dağılımı.	36
Şekil 4.15 Yatış yapılan bölümlerdeki ölüm oranlarının yüzde olarak dağılımı.	37
Şekil 4.16 Başvuru öncesi tanı konulmuş kronik hastalığa sahip hastaların, ölüm ve taburculuk oranı dağılımı.	38

TABLolar

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Şikayetlerin gruplandırılması	10
Tablo 3.2. Tanıların gruplanması	11
Tablo 4.1. Gruplama yapılmadan önce, en sık beş Şikayetin dağılımı.	15
Tablo 4.2. Başvuru Şikayetlerinin mevsimsel dağılımı.	17
Tablo 4.3. Tanı gruplarındaki hastaların yaş ortalamaları dağılımı.	20
Tablo 4.4. Tanı gruplarının yüzdelik dilimler halinde mevsimsel olarak dağılımı.	21
Tablo 4.5 Şikayet gruplarında ölüm ve taburculuk sayılarının ve oranlarının dağılımı.	35

GİRİŞ

Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı insanların oranı önemli bir ölçüde artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1980'lerde 65 yaş üstü insanların toplam nüfusa oranı %11,3 iken 1999 yılında bu oran %13,1'dir ve 2030 yılında ABD'da yaşayan her beş kişiden biri 65 yaş üstü gruptan olacaktır.¹⁻³

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine⁴ göre Türkiye'de 1985 yılındaki nüfus sayımında 65 yaş üstü insanların oranı %4,2, 1995 yılında %4,7, 2000 yılında %5,7 ve 2005 yılında Nüfus ve Vatandaşlık İşleri'nin (NVI) 2005 yılı nüfus kütükleri verilerine⁵ göre bu oran %7,8'dir. 65 yaş ve üstünü oluşturan vatandaşlarımızın oranı yıllar içinde artış göstermektedir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Hastanesinin hasta grubunun önemli bir kesimini oluşturan 65 yaş üstü hastaların, hastanemiz acil servisine (AS) başvuruları belirgin derecede fazladır. Hastanemize dış merkezlerden yönlendirilen yaşlı hastaların ilk giriş yeri olarak AS'i kullanma oranları da yüksektir. Bu nedenle, HÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı'na başvuran yaşlı hasta profilini çıkarmak, AS'te takip edilme sürelerini, sık başvuru sebeplerini, ölüm nedenlerini ve oranlarını, diğer servislere yatışlarını, tanı dağılımlarını, altta yatan hastalıkları tespit etmenin verilen hizmetin neresinde olduğumuzu ortaya koyacağı, yapılabilecekse iyileştirme çalışmaları için yön gösterici olacağı düşünülmüştür.

Bu nedenle 2005 yılında HÜTF Hastanesi AS'ine başvuran 65 yaş ve üstündeki hastaların dosya tarama yöntemiyle geriye dönük olarak değerlendirilmesi planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Demografik anlamda yaşlılığın sınırı 65 yaş olarak benimsenmektedir.⁶ Yaşlanma, canlı organizmaların, türe özel bir zaman süresinde, iç ve dış çevredeki değişikliklere uyum yeteneğinin azalması sonucu, homeostazisi sürdüremedikleri, birden fazla patolojinin ve onlara ait belirti ve bulguların sıklıkla birlikte bulunduğu yaşam dönemidir. Bu süreç kaçınılmaz olarak ölümle sonuçlanır. Tıbbın gelişimi tedavi edici ajanların sayısını artırmış ve insan ömrünü uzatmıştır.^{7, 8}

Yaşlanma sırasında oluşan değişikliklerin bir kısmı yaşlanmanın kaçınılmaz sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Organizmada meydana gelen sağlık sorunlarının bir bölümü de çevresel etkenlerin yıllar boyunca birikmeleri sonucunda ortaya çıkmaktadır.⁶ Yaşlanmanın bireyler ve dokular üzerindeki etkisi herkeste aynı olmamaktadır. Dokulardaki kayıplar kişiden kişiye farklılık gösterdiği gibi, aynı kişide dokudan dokuya da farklılık göstermektedir. Bu nedenle biyolojik yaş ile kronolojik yaş çoğunlukla çakışmamaktadır.⁷

1955 yılında doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisi 1975 yılında 59'a, 1995 yılında 65'e yükselmiştir ve 2025 yılında bu sürenin 73 yıl seviyesinde olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca çalışmakta olan erişkin nüfusun bakması gereken yaşlı nüfusa oranı 1955 yılında % 10,5 iken 1995 yılında bu oran %12,3'e yükselmiştir ve 2025 yılında %17,2'ye ulaşacaktır.⁹

Türkiye'de ise 65 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı, NVİ'nin 2005 yılı nüfus kütüklerini temel alan verilerine⁵ göre %7,8'dir. 2025 yılında bu oranın %9-10'a ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde ortalama yaşam beklentisi erkekler için 70 yıl, kadınlar için ise 75 yıl olarak tahmin edilmektedir.^{10, 11}

Yaşlı hastalar, buldukları coğrafi alandaki nüfusa oranlarının çok üzerinde AS başvurusunda bulunurlar.¹²⁻¹⁷ Çeşitli çalışmalarda yaşlı hastaların AS başvuru oranı %9-19 olarak bildirilmiştir.^{14-16, 19-22} Yaşlı hastaların AS'e başvuru ve yatışları sürekli artış göstermektedir.^{14, 18, 20}

AS yaşlı insanlara önemli bir hizmet sunmaktadır. AS'ler acil durumların tedavisi, yüksek teknoloji acil bakım ve uzun dönem sağlık hizmetine giriş noktası olarak, 24 saat ulaşılabilen temel tıbbi tedavi sağlayıcı birim olarak kullanılmaktadır.^{12, 13, 20}

AS'e gelen yaşlı hastaların önemli bir bölümünün ciddi acil teşhis ve tedaviye ihtiyaç gösteren şikayetleri mevcuttur.^{12, 23} Yaşlı hastalar genel olarak ciddi bir hastalık nedeniyle AS'e başvurumaktadırlar ve bu neden cerrahi olmaktan çok tıbbi özellik göstermektedir.^{13, 14, 16, 17} AS'te yaşlı hastalara en fazla konulan tanılar, iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği (KKY), kardiyak ritim bozuklukları, senkop, akut serebrovasküler olay (SVO), pnömoni, karın patolojileri, dehidratasyon ve idrar yolu enfeksiyonları (İYE) olmaktadır.^{12, 15, 16, 20, 21, 24, 25} Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada AS başvurularında en sık nedenin, kardiyovasküler sistem (KVS) problemleri olduğu, bunu gastrointestinal sistem (GİS), solunum sistemi, kas-iskelet sistemi (KİS) ve nörovasküler sistem (NVS) problemlerinin izlediği tespit edilmiştir.²² Cerrahi acil durumlar içinde, düşmelerden kaynaklanan travmaya bağlı yaralanmalar en sık görülen neden olmaktadır.^{12, 15, 17, 26}

Yaşlı hastalara daha fazla tetkik ve girişim yapılmasına rağmen, konulan tanının yanlış olması, hastaların fark edilmeyen ve tedavi edilemeyen sorunlarıyla taburcu edilme olasılıkları daha fazladır.^{12,15, 25-27} Birçok yaşlı hasta AS'e başvurmasından sonra sorunlarının çözülememiş olmasından şikayet etmektedir.^{12, 13, 28, 29} Yaşlı hastaların taburculuk sonrası AS'e tekrar başvurmaları veya hastaneye yatırımları daha genç yaş grubuna göre daha fazladır.^{12, 13, 15, 30-32}

AS'te çalışan doktorlar yaşlıların acil durumlarını değerlendirme, tanı ve tedavi etmede zorluk yaşadıklarını ve bu durum için yeterli eğitim almadıklarını düşündüklerini ifade etmektedirler.^{12, 13, 33}

Yapılan bir çalışmada, yaşlı hastaların AS'te geriatri bölümüne danışılmasının hastaneye yatış oranını arttırdığı gösterilmiştir. Yaşlı hastaların AS'te multidisipliner bir yaklaşım ile bakılması ve taburculuk sonrası yakın takip gerektirdiği belirtilmiştir.³⁴ Yaşlı hastaların, geriatri konusunda eğitilmiş hemşireler veya disiplinler arası ekipler tarafından değerlendirilmesinin geriatrik sendromların tespit edilmesi ve yanlış tanılarının önlenmesi gibi önemli kazançları vardır.^{20, 34-36}

65 yaş üzerinde nüfusun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu bilinmektedir.¹¹ Yakın zamanda yapılan bir çalışmada yaşlıların %64,3'ünde hipertansiyon (HT) ve KKY, %13,1'inde diyabetes mellitus (DM), %15,5'inde osteoporoz (OP) bulunmuştur.³⁷ 60 yaş üzerindeki yaşlılarda

gerçekleştirilen, çok merkezli bir çalışmada en sık karşılaşılan kronik hastalıklar HT, osteoartrit (OA) ve KKY olmuştur.³⁸

DM, ateroskleroz ve komplikasyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA), enfeksiyonlar, OA, OP, kanserler ve santral sinir sistemini (SSS) tutan patolojiler ileri yaşlarda belirgin olarak ortaya çıkmakta veya ağırlaşarak ciddi hastalık tablolarına yol açmaktadır.⁷

Yaşlı hastaların AS'te kalış süreleri daha uzundur, daha fazla maliyete, daha fazla zamana ve kaynağa ihtiyaç duyarlar.^{2, 12, 14, 15, 17, 24} Hastaneye yatma oranları ve yoğun bakım ihtiyaçları yaşlı nüfusta daha fazla olmaktadır.^{12, 14, 16, 17, 39, 40} Geriatrik yaş grubu, genç nüfusa göre 5,6 kat daha fazla hastaneye başvurmakta ve 5,5 kat daha fazla yoğun bakım ünitelerine kabul edilmektedir.¹⁶ 65 yaş ve üzeri hastaların AS başvuruları sonrasında yatma oranlarının %32–51 arasında değişmektedir. Genç hastaların AS'ten yatma oranları %8–19 arasındadır.^{12, 14–17, 23, 25, 27} 2004 yılında MÜTF AS'ne başvuran yaşlı hastalarda yatış oranının %28 olduğu bildirilmiştir²²

Toplumun giderek yaşlanması ile akut ve kronik hastalıkların oranı ve dolayısıyla kronik ve çoklu ilaç kullanımı artmıştır. Alttan yatan hastalık sayısı fazla olan yaşlı hastalarda, birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanılmaktadır. Bu durumda ilaç etkileşimleri, ilaçların yan etkileri, ilaçların yanlış kullanılması olasılığı artmaktadır.^{7, 41}

1998 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada çoklu ilaç tedavisinin önemli bir problem olduğu görülmüştür. Aynı yayında İtalya'da yapılan bir çalışmada kadınların %52,9'unun, erkeklerin %47,1'inin ilaç kullandığı, en sık kullanılan ilaçlar arasında KVS ilaçlarının başta geldiği bildirilmiştir. Yaşlılarda non-steroidal antiinflamatuvar ilaçların (NSAİİ) kullanımının %46,3 olduğu, ABD'da yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üstü hastalarda bu tür ilaçların kullanımının %60,4 olarak bildirilmiş olduğu, deprese ve fonksiyonel durumu bozuk yaşlılarda bu kullanımın daha yoğun olduğu vurgulanmıştır.⁷ İstanbul'da yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların %82,4'ünde kronik ilaç kullanımının olduğu bulunmuştur.⁴² Bir başka çalışmada ise, yaşlıların % 84'ünün ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçlar arasında NSAİİ'nin (%46,3) ilk sırada olduğu, bunu KVS ilaçlarının (%37,8) takip ettiği belirtilmiştir.⁸ Pratisyen hekimlerin 65 yaş ve üzerindeki kişilere reçete ettikleri ilaçların başında antihipertansifler (%17,6) gelmekte ve bunları NSAİİ (%16,9) takip etmektedir.³

NSAİİ kullanımının yüksek olması, yaşlı hastada istenmeyen etkilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. GIS kanamasıyla başvuran yaşlı hastaların çoğunun NSAİİ kullandığı belirtilmiştir.⁴³ NSAİİ'lerin renal, hematolojik, dermatolojik ve nörolojik olumsuz yan etkileri olduğu bilinmektedir.⁴⁴ NSAİİ kullanımı bazı hastalarda arteriyel kan basıncını yükseltmektedir, HT riskiyle anlamlı ilişkisi vardır.⁴⁵ Kan basıncını arttırıcı etkileri hipertansiyon krizlerine kadar varabilir.⁴⁶

Altmış beş yaş üzerindeki hasta grubunda her dört kişiden birinde yanlış ilaç tedavisi yapılmaktadır. Yaşlı grupta ortalama 4–6 hastalık bulunmaktadır. Yatan hastalarda ortalama 8–10, poliklinik hastalarında ise 3–8 ayrı ilaç kullanılmaktadır. İlaçların yan etkileri gençlere kıyasla 3–7 kez fazladır. Yaşlı hastalarda ilaç komplikasyonları nedeniyle ölüm gerçekleşmesi gençlere göre daha fazla olmaktadır.⁷

Yaş ilerledikçe, glomerül filtrasyon hızı, sindirim sisteminin kan akımı, kas kitlesinde, bedenin su oranında, birçok dokunun fonksiyonlarında azalma ve yağ kitlesinde artma olmaktadır. Bu durum ilaçların emiliminde, vücutta dağılımında, gösterdikleri etkilerin yoğunluğunda ve vücuttan atılmasında önemli değişikliklere neden olmaktadır.⁷

Yaşlılarda kan basıncı kontrolünün morbidite ve mortalite üzerine yararlı etkisi bulunmaktadır.^{47–49} İnme insidansında %36, koroner arter hastalığında %25 ve tüm mortalitede %12 oranında azalma olmaktadır.⁵⁰ Diyastolik kan basıncının normale getirilmesinin de benzer etkileri vardır.⁹ Benzer olarak, bazı demans türleri de önlenebilmektedir.^{51–53} İlaç tedavisi ile kontrol altına alınan hipertansiflerde, hipertansiyonu olmayan hastalarinki gibi kognitif fonksiyonlar korunmakta; kontrolsüz hipertansiflerde kognitif fonksiyonlarda azalma olmaktadır. HT kontrol altına alındığında kognitif fonksiyonlarda düzelme olmaktadır.^{55,56} Ancak, kan basıncındaki düşmenin serebral kan akımını azaltarak kognitif fonksiyonlarda bozulmaya neden olacağı da bildirilmektedir.^{54,57} Alzheimer hastalarında; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve diğer risk faktörleri eşitlendiğinde; hipertansiyon öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre kognitif bozulma çok daha belirgindir. Alzheimer hastalığı geliştikten sonra kan basıncı ile kognitif fonksiyonlar arasında ilişki saptanmazken, tam tersine, özellikle günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.⁵⁸

Karın ağrısı, AS başvurularının en yaygın nedenlerinden birisidir.⁶⁰ AS'e karın ağrısıyla başvuran erişkin hastaların oranı %10 kadardır. Bunların yaklaşık %20'sini 65

yaş ve üzerindeki hastaların, çoğunlukla da kadınların oluşturduğu bildirilmiştir.⁶⁰ Karın ağrısı nedeniyle AS'lere başvuran geriatric hastaların yarısından fazlası hastaneye yatırılmakta ve üçte biri veya daha fazlasına hastanede kaldığı süre boyunca bazı nedenlerle cerrahi müdahale uygulanmaktadır. Yaşlılarda karın ağrısının tüm nedenleri göz önüne alındığında ölüm oranı %11-14'tür. Bu hastaların bakımında AS oldukça önemli bir role sahiptir. AS'lerde teşhis ve tedavideki gecikmeler mortalite ve morbidite oranının katlanmasına neden olur.⁶¹

Yaşlılarda akut karına neden olan hastalıklar gençlerdekine göre farklılık göstermektedir. Metabolik ve endokrin cevabın değişmiş ve fizyolojik kapasitenin azalmış olması hastalığın belirti ve bulgularını değiştirmekte ve sıklıkla tanının geç konmasına, perioperatif dönemin daha komplike geçmesine yol açmaktadır.⁶² Bir çalışmada, 80 yaş ve yukarısı hastalarda mortalite ve postoperatif komplikasyonların, 65-79 arasındaki hastalardan 2,8 kat fazladır.⁶³ Başka bir çalışmada ise, yaşayan ve ölen hastaların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır, komplikasyon hızı da yaştan etkilenmemiştir.⁶²

Genç erişkinlerde akut karın ağrısının en sık nedeni akut apandisit iken, yaşlılarda akut kolesistit olmaktadır. Yaşlı hastalarda abdominal cerrahinin en yaygın endikasyonu biliyer hastalıklar olmaktadır.^{19, 60} Yetmiş yaşın üzerindeki hastaların yarısından fazlasında safra taşı mevcuttur.⁶⁴ Yaşlı hastalarda akut karın ağrısının ikinci en sık nedeni intestinal obstrüksiyonlardır. Diğer sık görülen akut karın ağrısı nedenlerinin, apandisit, peptik ülser, pankreatit, divertikülit, vasküler etiyolojiler ve üriner sistem hastalıkları olduğu bildirilmiştir.^{19, 60}

Venöz trombus ile pulmoner tromboembolinin (PTE) sıklığı ve mortalite riski yaşla birlikte artış gösterir.⁶⁵ Yaşlılarda PTE semptomlarının bu yaş grubunda sık görülen KVS ve pulmoner hastalıkların semptomları ile karışması tanıda gecikmelere neden olabilir. Ayrıca kardiyopulmoner hastalığı bulunan yaşlı hastalarda hemodinamik durumu bozma riski daha fazladır ve bozulma daha şiddetli olur.^{65, 66} Yaşlı hastalarda akciğer grafisinin normal olma sıklığı azalmıştır. Tanı için kullanılan D-Dimer testi de pnömoni, miyokard infarktüsü (Mİ), KKY, kanser ve cerrahi girişimlerden sonra yükseldiği gibi, 60 yaşından sonra da artış göstermektedir.^{65, 67}

Kazalar ve düşmeler yaşlı hastalarda sık görülmekte, bunun sonucunda görülen kırıklar, hastaneye yatırılma ve ölüm daha fazla olmaktadır. Geriatrik bireylerde görülen ölümcül düşmelerin %60'ının ev ortamında, %30'unun toplumsal alanlarda, %10'unun sağlık bakım kurumlarında meydana geldiği bildirilmektedir. ABD'de her yıl, yaşlı bireylerin %40'ının düşme olayını yaşadığı, düşen bireylerin %20-30'unun hafif şekilde yaralandığı, yaklaşık olarak 20 yaşlıdan birinin de hastaneye yatarak tedavi altına alındığı belirtilmektedir.⁶⁸ Yaşlı bireylerde görme, sinir sistemi, KİS, KVS, işitme ve yürüme bozuklukları düşmelere neden olmaktadır.⁶⁹ Antalya'da yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üstü yaşlılarda son bir yılda geçirilen kaza sıklığının %19,4, tüm kazaların %40,4'ünün ev içinde olduğu saptanmıştır.⁷⁰ En çok geçirilen ev içi kaza kayma ve düşme olmaktadır.⁷¹ Yaşlılarda en sık görülen kırıklar, kalça kırıklarıdır.⁷² Kalça kırığından önce bağımsız yaşam süren hastaların yaklaşık %50'si tekrar bağımsız yaşamlarına dönememekte, sakatlıkla yüz yüze gelmekte ve uzun süreli bakımı gerektirmektedir.⁷³

Birey yaşlandıkça depresyona eğilim artmaktadır. Edirne'de yapılan bir çalışmada geriatrik depresyon ölçeği ile yapılan değerlendirmede kendi evinde yaşayanlarda %34,2 ve huzurevinde yaşayanlarda %48,1 oranında anlamlı yüksek skorlar alınmıştır.¹⁰ HÜTF Geriatri Ünitesine başvuran hastaların yaklaşık beşte birinde depresyon saptanmıştır.⁷⁴ Tek başına yaşayan yaşlılarda yalnızlık ve depresyon ölçeklerinden alınan puanlar, yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların puanlarından yüksektir.⁴⁰

Yaşlı diyaliz hastalarının depresyon skorları kontrollere göre daha yüksektir. Depresyon ve fonksiyonel bozukluklar arasında da anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir.^{75, 76} Konya'da yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarının kontrollere göre yüksek depresyon skoruna sahip olduğu ve depresyon ile dizabilite arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.⁷⁶

Yaşlı hastaların genç erişkinlerden farklılıklarının çok fazla olması, kendilerine özel tıbbi durumların bulunması nedeniyle, özel olarak eğitilmiş ekipler tarafından değerlendirilmelerinin daha iyi sonuçlar verdiği bilinmektedir. Özellikle hastanelerin AS'lerindeki karmaşa nedeniyle yaşlı hastalara gerekli zaman çoğu zaman ayrılamamaktadır. AS'te çalışan doktorların, yaşlı hastaların sorunlarına yeterince hakim olamamaları nedeniyle, kendilerini yetersiz görmelerine ve gerekli tedaviyi uygulayamamalarına sebep olmaktadır. Yaşlı hastaların yoğun olarak başvurdukları merkezlerde çalışan doktorlara bu konuda gerekli eğitim verilmelidir.^{26,77}

BİREYLER VE YÖNTEM

HÜTF Erişkin AS'ne 2005 yılında başvuran 65 yaş ve üstü hastaların başvuru tarihlerini ve şikayetlerini içeren *Microsoft® Excel* formatındaki belge HÜTF Bilgi İşlem Dairesi'nden temin edildi. Aynı sürede başvuru yapan 65 yaş altındaki hastaların listesi de elde edildi. Bu başvuru listesinde hastaların dosya numaraları, isimleri, soy isimleri, doğum tarihleri ve başvuru şikayetleri bulunmaktaydı. Dosya numaraları kullanılarak HÜTF Erişkin Hastanesi Arşiv Bölümü'nden dosyalar çıkarıldı. Başvuru tarihindeki muayene formu, konsültasyon formları ve yatan hastaların epikrizlerindeki bilgiler incelenerek hastalar hakkında tanımlayıcı bilgiler kaydedildi.

Muayene formlarındaki belirtilen yaşları, başvuru şikayetleri, muayene formlarına, konsültasyon formlarına veya epikriz belgelerine kaydedilmiş kronik hastalıkları, kullanmakta olduğu ilaçlar, AS'ten veya yatırıldıkları servisten taburcu edilirken konulan son tanılar, hastaların vefat edip etmedikleri, her başvuruda yapılan girişimsel işlemler, hastaların AS'te geçirdikleri süre ve yatış yapıldı ise yatışın yapıldığı servis ve o serviste buldukları süreler gün cinsinden kaydedildi.

HÜTF Hastanesi'nde dosyası olan geriatrik hastalarının önemli bir bölümünün dosyalarının arşivde olmadığı, bu dosyaların ya hastaların yanında ya da daha önce başvurdukları polikliniklerde olduğu tespit edildi. Dosyaları arşivde bulunan hastaların bir kısmının dosyasında aranan tarihlerdeki bilgilerin bulunmadığı tespit edildi. Bu hastaların bilgileri HÜTF Hastaneleri'ndeki, merkezi bilgisayar destekli sistemde sayısal ortama kaydedilmiş kayıtlardan elde edilmeye çalışıldı. Yatmış olan hastalar hakkındaki bilgilere, bu hastaların epikrizlerinin sayısal ortamda yazılmış olması nedeniyle büyük oranda ulaşılabildi. HÜTF Erişkin Hastanesi'nde 2005 yılında başlatılan, AS'e başvuran hastalar için bölümlerden istenen konsültasyonların bilgisayar ortamında yazılma işlemi, dosyası arşivde bulunamayan hastalar hakkındaki bilgilere ulaşılmasını önemli ölçüde sağladı, ancak konsültasyon notlarının pek çoğunun bilgisayar ortamında yazılmamış olması karşılaşılan bir zorluk oldu. Bilgilere ulaşılmasındaki en önemli zorluklardan birisi de kaydedilen bilgilerin okunaklı olmaması veya bilgilerin boş bırakılması olarak tespit edildi.

Hastanenin bilgisayar sisteminde yaşları 105'in üzerinde görünen hastaların yaşları muayene formlarındaki kaydedilmiş verilerle doğrulandı, bilginin doğrulanamadığı

hastalar çalışmadan çıkarıldı. Doğum tarihi 1000 yılı olarak görünen 29 hasta, doğum tarihi 1900 olarak kaydedilmiş 20 hasta, doğum tarihleri sırasıyla 1024, 1119, 1195 ve 1887 olarak görünen birer hasta olmak üzere toplam 53 hasta çalışmadan çıkarıldı.

Hastaların konulan tanıları içerisinde bulunan, daha önceden sahip olduğu kronik hastalıklar yerine, hastaların AS'e başvuru nedeni olarak tespit edilen tanıları kaydedildi.

Hastaların giriş ve çıkış saatleri formların çoğunda bulunmadığı için AS'te geçirdikleri süre, yatış süreleri ve hastanede toplam kalış süreleri gün olarak kaydedildi.

Hastaların kullandıkları ilaçlar ve sayıları, muayene formlarında belirtildiği şekilde kaydedildi. İlaçlar; KVS (antihipertansifler, kalp kasılmasını etkileyen ilaçlar, kalp iletimine etkisi olan ilaçlar), solunum sistemi (inhaler betamimetikler, inhaler steroidler ve bronkoalveolar etkili ilaçlar), antiagregan (aspirin, glukoprotein Iİb/IIIa inhibitörleri), DM (insülin, oral antidiyabetikler), NSAİİ, NVS, romatolojik, vitamin ilaç gruplarına ayrıldı. 3106 hastanın dosyasında kullandığı ilaçların kaydedilmiş olduğu görüldü. İlaç kullanım alanı boş bırakılan hastaların daha önceden ilaç kullanımını olmadığını kabul edildi.

Hastaların dosyalarından ve muayene formlarından, başvuru öncesinde tanı konulmuş hastalıkları ve daha önceden geçirdikleri ameliyatları kaydedildi. Kronik hastalık sayıları ve ameliyat sayıları da kaydedildi. Daha önceden bilinen ve tedavi görülen hastalıklar kronik hastalık olarak değerlendirildi.

Şikayet gruplaması: solunum sistemi, NVS, karın ve kan ağrısı, KİS, bulantı-baş dönmesi, ürogenital, kulak burun boğaz (KBB) ve göz, trafik kazası, ishal ve dışkılama sorunları, genel durum bozukluğu (GDB), cilt ve yumuşak doku şikayeti, ateş, olarak yapıldı (Tablo 3.1).

Tanı gruplaması: kardiyolojik, GİS, enfeksiyon, NVS, solunum sistemi, DM ve diğer endokrin, kırıklar, KBB ve göz, kas-eklem, zehirlenme, ürogenital, kafa travması ve intrakraniyal kanama (İKK), yumuşak doku travması (YDT) ve cilt kesisi, cilt ve yumuşak doku, ishal ve sıvı elektrolit bozukluğu, acil patoloji yok, malignansi olarak yapıldı (Tablo 3.2).

Kaydedilen hastaların ilk başvuruları incelendi. Başvuru şikayeti bilgisine ulaşılamayan hastalar, şikayet değerlendirmelerinden çıkarıldı. Şikayetler dışındaki tüm değerlendirmelerde, tanılarına ulaşılabilen hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bilgiler *Microsoft® Access* 2003 programı kullanılarak yapılan tablo yardımıyla kaydedildi, daha sonra *Microsoft® Excel* programında gruplamalar yapıldı, veriler *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 13 programında analiz edildi. Verilerin analizinde *Pearson* ki-kare testi uygulandı.

Tablo 3.1. Şikayetlerin gruplandırılması.

SOLUNUM SİSTEMİ	Solunum Sıkıntısı
	Öksürük
	Balgam
NÖROVASKÜLER SİSTEM	Bilinç Kaybı
	Kuvvet Kaybı
	Konuşma Bozukluğu
	Baş Ağrısı
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM	Çarpıntı
	Tansiyon
	Göğüs Ağrısı
	Arrest
KARIN ve YAN AĞRISI	Karın Ağrısı
	Yan Ağrısı
DÜŞME	Düşme
	Travma
KAS İSKELET SİSTEMİ	Ekstremitte Ağrısı
	Sırt Ağrısı
	Bel Ağrısı
BULANTI-BAŞ DÖNMESİ	Baş Dönmesi
	Bulantı
	Kusma
ÜROGENİTAL	İdrar Yapamama
	Kanlı İdrar
	Vajinal Kanama
	Testis Ağrısı
KULAK-BURUN-BOĞAZ-GÖZ	Kulak Ağrısı
	Burun Kanaması
	Göz ve Görme Sorunları
	Ağız Şikayeti

Tablo 3.1. (Devam) Şikayetlerin gruplaması

GENEL DURUM BOZUKLUĞU	Halsizlik
	Titreme
	Ağrı
	Genel Durum Bozukluğu
TRAFİK KAZASI	Araç Dışı Trafik Kazası
	Araç İçi Trafik Kazası
İSHAL ve DIŞKILAMA SORUNLARI	İshal
	Dışkılama Sorunları
	Anal Şikayet
ATEŞ	
CİLT ve YUMUŞAK DOKU	

Tablo 3.2. Tanıların gruplanması. (KOAİ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)

KARDİYOYASKÜLER SİSTEM	Anjina Pektoris	Göğüs Ağrısı
	Miyokard İnfarktüsü	Senkop
	Hipertansiyon	Kalp Yetmezliği
	Disritmi	Hipotansiyon
	Ani Kardiyak Ölüm	Endokardit ve Perikardit
ENFEKSİYON	Pnömoni	Nötropenik Ateş
	İdrar Yolu Enfeksiyonu	Apse
	Sepsis	Kas İskelet Enfeksiyonu
	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	Bruselloz
	Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu	
NÖROVASKÜLER SİSTEM	Serebrovasküler Olay	Baş Ağrısı
	Transiyent İskemik Atak	Kognitif Bozukluk
	Nörolojik Sendromlar	Psikiyatrik Bozukluk
	Epilepsi	
SOLUNUM SİSTEMİ	KOAİ Alevlenme	Solunum Yolu Obstrüksiyonu
	Astım Atağı	Pulmoner Tromboemboli
	Plevral Efüzyon	Hemoptizi
KIRIKLAR	Ekstremitte Kırığı	Pelvis Kırığı
	Maksillofasiyal Kafa Kırığı	Klavikula Kırığı
	Vertebra Kırığı	Kosta Kırığı
	Hemotoraks	Pnömotoraks

Tablo 3.2. (Devam) Tanıların gruplanması.

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM	Mide Patolojisi	Karın Ağrısı
	Barsak Perforasyonu	Biliyer Sistem Patolojisi
	Barsak Obstrüksiyonu	Konstipasyon, Meteorizm
	Mezenterik Vasküler Olay	Pankreatit
	Gastrointestinal Kanama	Anal Patoloji
	Hepatit	Apendisit
	Abdominal Herni	İntraabdominal Hematom
	Hepatik Ensefalopati	Özefagus Patolojisi
DIABETES MELLİTUS ve DİĞER ENDOKRİN	Diyabetik Aciller	Hiperglisemi
	Hipoglisemi	Adrenal Patolojiler
	Tiroid Patolojileri	Hipofiz Patolojileri
KULAK BURUN BOĞAZ-GÖZ	Burun Kanaması	Periferik Fasiyal Paralizi
	Kulak Patolojisi	Oral Patoloji
	Göz Patolojisi	
KAS-EKLEM	Miyalji	Eklem Ağrısı
	Bel Ağrısı	Eklem Patolojisi
ÜROGENİTAL	Erkek Genital Patolojisi	Jinekolojik Patoloji
	Ürolojik Patoloji	Hematüri
CİLT ve YUMUŞAK DOKU	Yumuşak Doku Enfeksiyonu	Alerjik Reaksiyon
	Böcek Sokması	Lenfödem
	Zona Zoster	
İSHAL ve SIVI ELEKTROLİT BOZUKLUĞU	Akut Gastroenterit	Sıvı ve Elektrolit Bozukluğu
KAFA TRAVMASI ve İNTRAKRANİYAL KANAMA:	İntrakraniyal Kanama	Kafa Travması
YUMUŞAK DOKU TRAVMASI ve CİLT KESİSİ	Yumuşak Doku Travması	Cilt Kesisi
ZEHİRLENME	İnhalasyon Zehirlenmesi	İlaç Doz Aşımı
	Koroziv Madde İçimi	
DAMAR PATOLOJİSİ	Derin Ven Trombozu	Periferik Damar Hastalığı
	Arteriyel Emboli	Ateroskleroz
MALİGNANSİ		
ACİL PATOLOJİ YOK		

BULGULAR

4.1. Geriatrik Hastaların Başvurma Oranları

Çalışmanın yapıldığı zaman süresince HÜTF Erişkin AS'ine toplam 51565 başvuru yapıldığı, bu başvuruların 6300'ünün (%12,2) 65 yaş ve üzerindeki hastalardan oluştuğu belirlendi, 65 yaş altındaki hastaların sayısı 45265 (%87,8) olarak belirlendi. Geriatrik grupta olabilecek profile sahip, ancak doğum tarihleri dosyalarda 1900 yılından önce olduğu yazılmış olan ve muayene formlarındaki bilgilerle doğrulanamayan hastalar da genç gruba dahil edildi.

4.2. Birden Fazla Başvuru Yapan Hasta Sayısı Dağılımı

6300 başvurunun, 4777'sini birinci başvurular, 976'sını ikinci başvurular, 302'sini üçüncü başvurular, 122'sini dördüncü başvurular, 53'ünü beşinci başvurular, 30'unu altıncı başvurular, 13'ünü yedinci başvurular, 9'unu sekizinci başvurular, 7'sini dokuzuncu başvurular, 3'ünü onuncu başvurular, geri kalan 8 başvuruyu da bir kişinin 18. başvurusuna kadar olan başvuruları tarafından oluşturuyordu. Toplam başvuruların % 24'ü tekrar başvurular tarafından oluşturulmuştur.

4.3. Şikayet, Tanı ve Sonuç Bilgilerine Ulaşılamayan Hastalar

167 hastanın başvuru şikayetine, dosyalarının arşivde olmaması veya AS'e giriş yapılırken şikayetlerin sayısal ortama kaydedilmemiş olması nedeniyle ulaşılamadı. Şikayet bilgisine ulaşılan hasta sayısı 4610 olarak belirlendi. 85 hastanın, AS'e giriş yapılırken tetkik yapılması, reçete yazılması veya yatış yapılması için giriş yapıldığı belirtilen hastalardan oluştuğu görüldü. Bu hastalar da çalışma değerlendirmelerinden çıkarıldı. 4525 hastanın şikayet bilgilerine ulaşılmış oldu.

Başvuran hastaların 1496'sının tanısı ve 1457'sinin sonucu hakkında dosyalarında bilgi yoktu veya dosyalarına ulaşılamadı. Sonucuna ulaşılan 3320 hastanın, 36'sının dış merkeze yönlendirildiği, 15'inin izinsiz terk ettiği ve 206'sının da kendi isteğiyle hastaneden ayrıldığı öğrenildi. Böylece sonuç bilgisine ulaşılan hastaların %7,7'si hastaneden tanı ve tedavi aşamasını tamamlamadan ayrıldılar. Bu hastalar tanı ve sonuç değerlendirmesine alınmadılar. Tanısına ulaşılamayan hasta sayısı ve sonucu hakkında

bilgi sağlanamayan hasta sayısı arasındaki fark, hastaların bir kısmının tanı konulacak kadar AS'te kalmamaları ve tanı kısmı doldurulmayan, kendi isteğiyle veya izinsiz olarak hastaneyi terk eden hastaların mevcut olması nedeniyle oldu. Sonucu hakkında bilgi sağlanamayan veya hastaneden muayene, tetkik, tanı aşamalarını tamamlamadan ayrılan hastalar 1714 kişiydi, bunlar toplam başvuran hasta sayısı olan 4777'den çıkarıldığında sonucuna ulaşılan hasta sayısı 3063 olarak bulundu. Tanısına ulaşılan hastaların sayısı 3281 olarak bulundu.

4.4. Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları

Hastaların cinsiyet dağılımı, 2053 erkek (%43) ve 2724 kadın (%57) olarak gerçekleşti. Tanısı bilinen 3281 hastanın dağılımı da benzer şekilde, %43,1 erkek, %56,9 kadın olarak gerçekleşti.

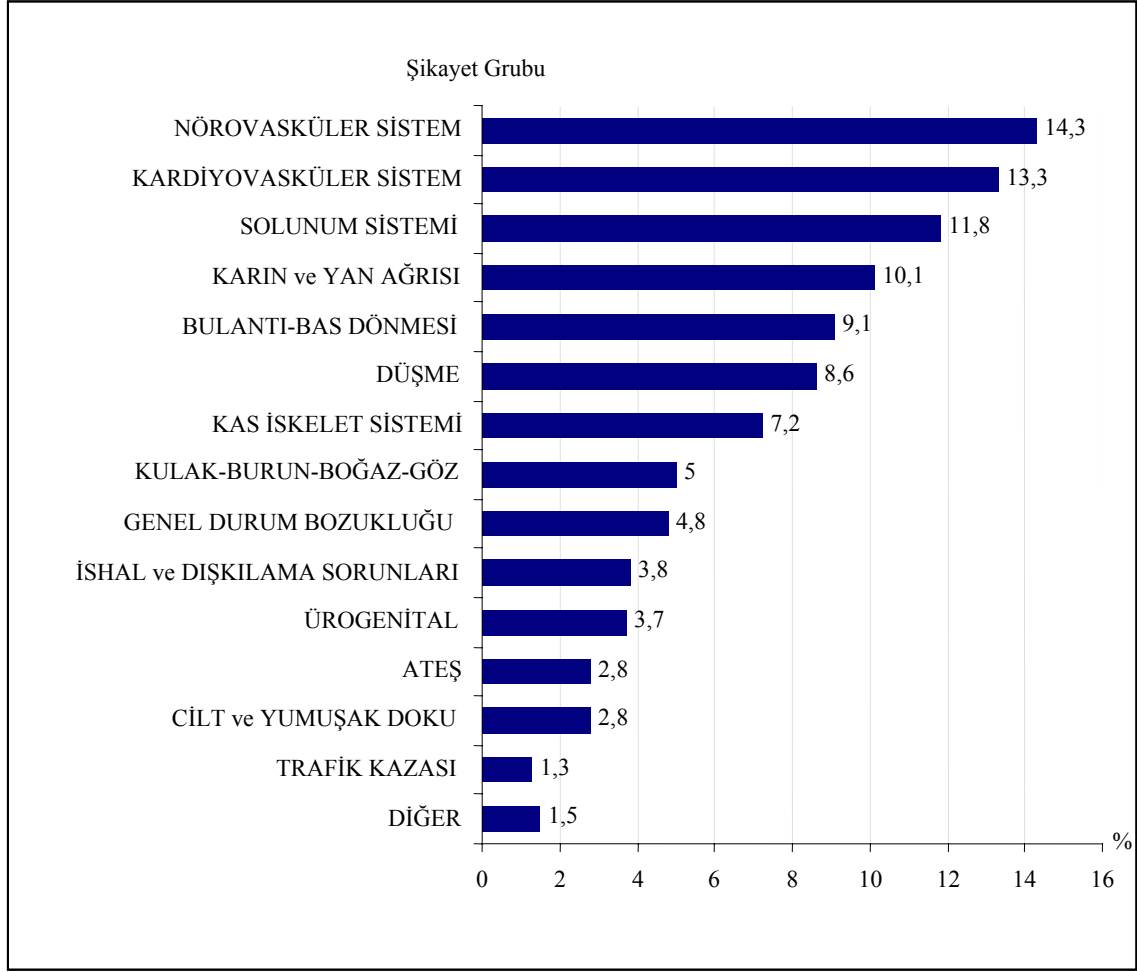
Çalışmaya dahil edilen 4777 hastanın yaş ortalaması 73,88 olarak hesaplandı (Ortanca 73, 65 – 101). Kadınların ve erkelerin yaş ortalamaları benzerdi (Kadın: 74,10 Erkek: 73,59).

4.5. Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı

4.5.1. Başvuru Şikayet Gruplarının Sayısal Dağılımı

İlk üç başvuru şikayetleri; NVS (%14,3), KVS (%13,3) ve solunum sistemi (%11,8) şikayetlerinden oluşmaktaydı. Bu şikayetleri, karın ve yan ağrısı (%10,1), bulantı-baş dönmesi (%9,1), düşme (8,6), KİS şikayetleri (%7,2) izlemekteydi. Diğer başvuru şikayetlerinin her birinin %5'in altında olduğu tespit edildi (Şekil 4.1). Şikayet gruplamaları Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Şikayetler sistemlere göre gruplandırılarak değerlendirildi. Gruplama öncesindeki şikayetlere bakıldığında solunum sıkıntısı (%8,2), göğüs ağrısı (%6,1), düşme (%5,4), karın ağrısı (%4,9), bilinç bozukluğu (%3,6) en fazla başvuru nedenleri oldular (Tablo 4.1).



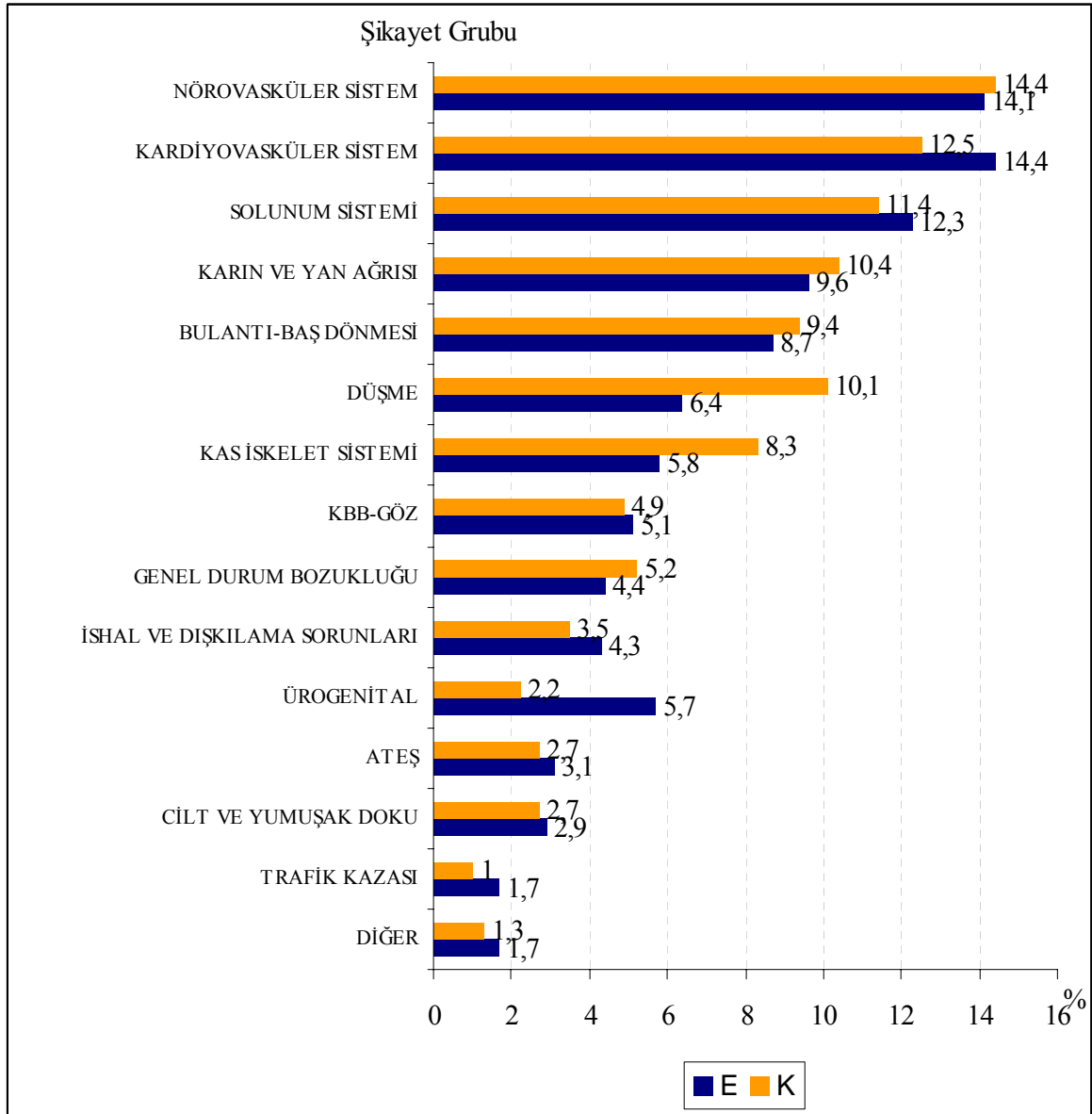
Şekil 4.1. Şikayet gruplarının yüzdelik dilimler halinde dağılımı.

Tablo 4.1. Gruplama yapılmadan önce, en sık beş şikayetin dağılımı. (n: hasta sayısı)

	n	%
SOLUNUM SIKINTISI	369	8,2
GÖĞÜS AĞRISI	281	6,2
DÜŞME	251	5,5
KARIN AĞRISI	227	5
BİLİNÇ BOZUKLUĞU	166	3,7

4.5.2. Başvuru Şikayet Gruplarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Dağılımın genel dağılıma benzer olarak gerçekleştiği, her iki cinsiyette de KVS, NVS ve solunum sistemi şikayetlerinin ilk üç şikayeti oluşturduğu görüldü (Şekil 4.2). Kadınlarda KİS ve düşme, erkeklerde ürogenital sistem şikayetleri istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı ($p<0.001$).



Şekil 4.2. Şikayetlerin cinsiyetlere göre yüzdelik dilimler halinde dağılımı. (E: Erkek, K: Kadın)

4.5.3. Başvuru Şikayet Gruplarının Mevsimlere Dağılımı

65 yaş ve üstü hastaların en çok kış (%28,8) ve en az sonbahar (%21,5) aylarında başvurdukları görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı olan solunum sistemi şikayetlerinin kış aylarında, ishal ve dışkılama sorunları şikayetlerinin yaz aylarında yüksek olması ($p=0,001$) dışında diğer şikayetler, başvurunun yüksek olduğu mevsimlerde daha yüksek orandaydılar. En çok başvuru nedeni olarak kaydedilen altı şikayet grubunun da kış ve ilkbahar aylarında yoğunlaşma gösterdiği tespit edildi. KİS, cilt ve yumuşak doku, ateş, ishal ve dışkılama sorunları gruplarında yer alan hastaların daha sıklıkla ilkbahar ve yaz aylarında başvuru yaptıkları gözlemlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Başvuru şikayetlerinin mevsimsel dağılımı. (n: Hasta sayısı, GDB: Genel Durum Bozukluğu, KBB: Kulak-Burun-Boğaz).

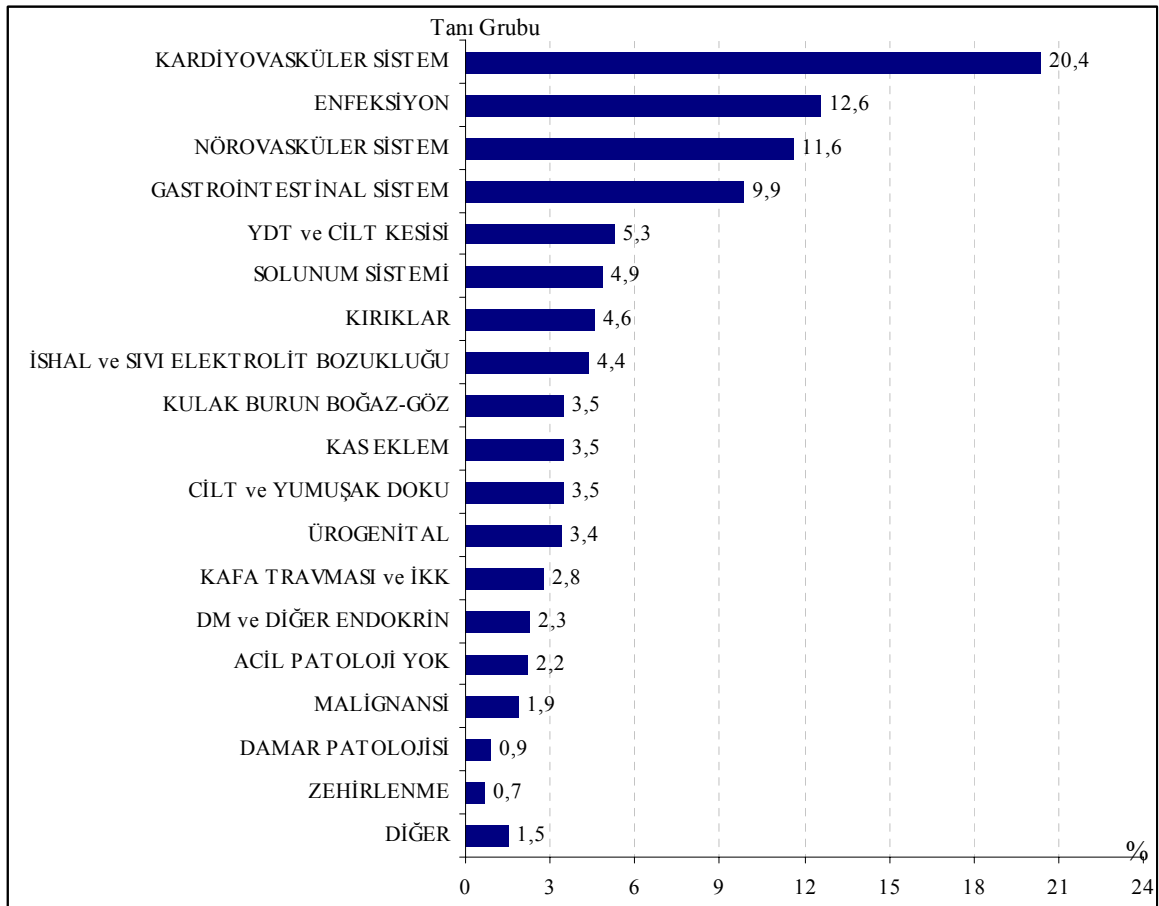
Şikayet Grubu	Kış		İlkbahar		Yaz		Sonbahar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nörovasküler Sistem	183	28,3	163	25,2	140	21,7	160	24,8	646	100
Kardiyovasküler Sistem	189	31,4	169	28,1	113	18,8	130	21,6	601	100
Solunum Sistemi	191	35,8	157	29,4	87	16,3	99	18,5	534	100
Karın ve Yan Ağrısı	139	30,5	117	25,7	105	23,1	94	20,7	455	100
Bulantı-Baş Dönmesi	123	29,9	115	27,9	86	20,9	88	21,4	412	100
Düşme	105	27,1	106	27,4	98	25,3	78	20,2	387	100
Kas İskelet Sistemi	76	23,3	95	29,1	83	25,5	72	22,1	326	100
KBB-Göz	70	31	65	28,8	44	19,5	47	20,8	226	100
Genel Durum Bozukluğu	61	27,9	57	26	51	23,3	50	22,8	219	100
İshal ve Dışkılama Sorunları	33	19,2	36	20,9	67	39	36	20,9	172	100
Ürogenital	39	23,4	46	27,5	40	24	42	25,1	167	100
Ateş	30	23,4	35	27,3	42	32,8	21	16,4	128	100
Cilt ve Yumuşak Doku	31	24,8	31	24,8	35	28	28	22,4	125	100
Trafik Kazası	11	18,3	17	28,3	18	30	14	23,3	60	100
Diğer	19	28,4	17	25,4	19	28,4	12	17,9	67	100
Toplam	1300	28,7	1226	27,1	1028	22,7	971	21,5	4525	100

4.6. Tanıların Dağılımı

4.6.1. Tanı Gruplarının Dağılımı

Tanı bilgilerine ulaşılabilen hastalar değerlendirmeye alındığında, hastaların %20,4'üne KVS, %12,6'sına enfeksiyon, %11,6'sına NVS, %9,9'una GİS tanıların konulmuş olduğu belirlendi (Şekil 4.3).

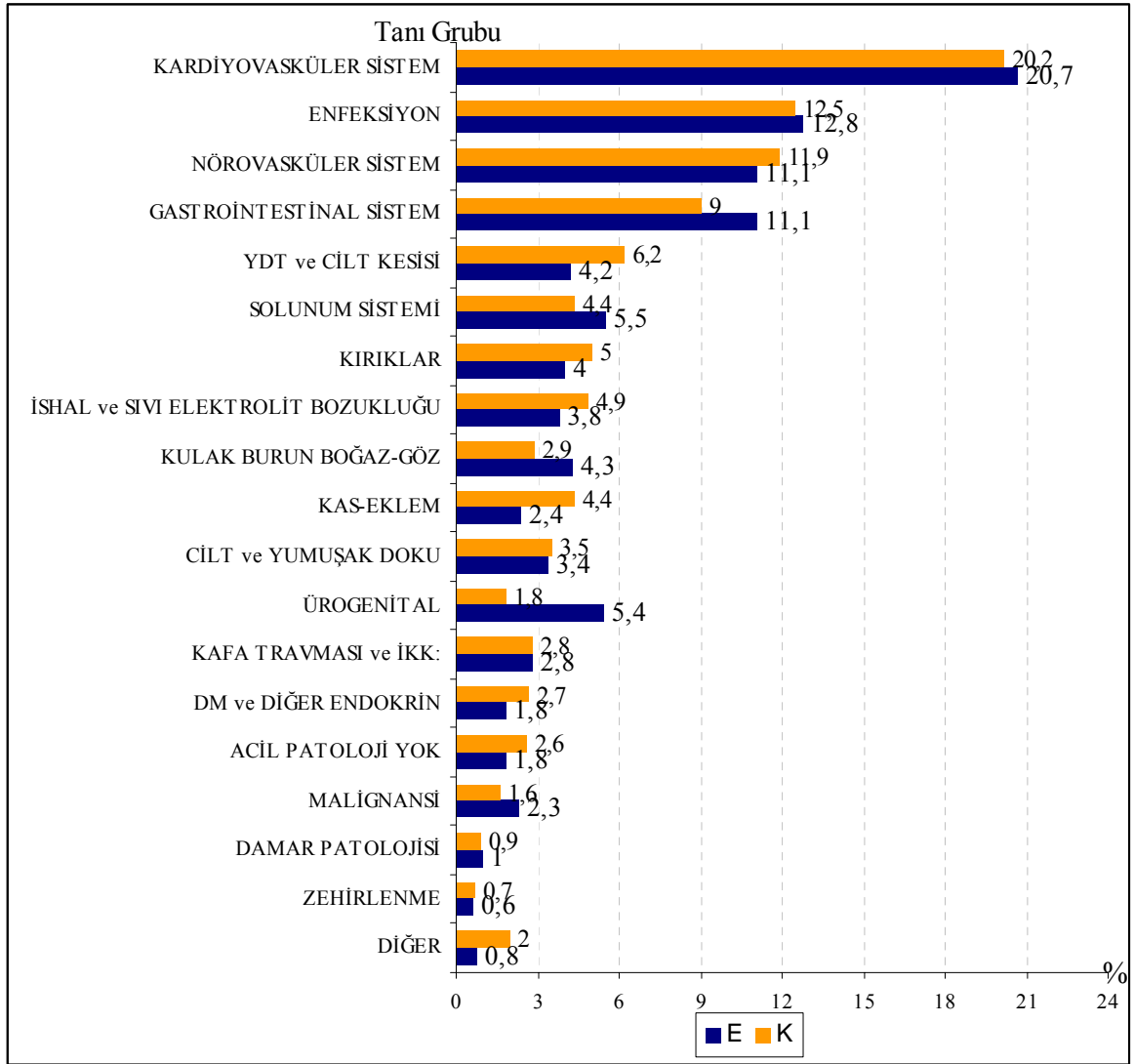
KVS tanı grubunda karasız anjina pektoris ve göğüs ağrısı (%4,9), Mİ (%4), HT (%4), kardiyak disritmiler (%2,7) ve KKY (%2,1) en sık konulan tanıları oldular. Enfeksiyon tanı grubunda en sık görülenler Pnömoni (%5,1) ve İYE (%4,2) oldular. NVS tanı grubu içinde en fazla SVO (%5,2) bulunmaktaydı.



Şekil 4.3 Tanı gruplarının dağılımı yüzdelik dilim olarak dağılımı. (DM: Diabetes Mellitus, İKK: İntrakraniyal Kanama, YDT: Yumuşak Doku Travması).

4.6.2. Tanı Gruplarının Cinsiyetlere Dağılımı

Tanıların cinsiyetlere göre dağılımında, her iki cinsiyet için de ilk dört tanı genel dağılımdakine benzer olarak, KVS, NVS ve GİS tanıları tarafından oluşturuldu (Şekil 4.4). Kadınlarda YDT ve cilt kesisi, erkeklerde ürogenital tanı grupları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek oranda görüldü ($p < 0.001$).



Şekil 4.4. Tanı gruplarının cinsiyetlere göre yüzdeler halinde dağılımı. (E: Erkek K: Kadın, DM: *Diabetes Mellitus*, İKK: İntrakraniyal Kanama, YDT: Yumuşak Doku Travması)

4.6.3. Tanı Gruplarının Yaş Ortalamalarının Dağılımı

Tanı gruplarına göre ortalama yaşlara bakıldığında grupların benzer olduğu ancak zehirlenme grubunun (71,68 yıl) en düşük ortalamayı, damar patolojisi grubunun da (76 yıl) en yüksek ortalamayı oluşturduğu görüldü.

Tablo 4.3. Tanı gruplarındaki hastaların yaş ortalamaları dağılımı.

	Yaş Ortalaması (yıl)
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM	74,39
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM	73,99
ENFEKSİYON	74,22
NÖROVASKÜLER SİSTEM	74,37
SOLUNUM SİSTEMİ	75,40
DM ve DİĞER ENDOKRİN	72,97
KIRIKLAR	74,88
KULAK BURUN BOĞAZ-GÖZ	73,34
KAS-EKLEM	73,36
ZEHİRLENME	71,68
ÜROGENİTAL	74,86
KAFA TRAVMASI ve İNTRAKRANİYAL KANAMA:	74,78
YUMUŞAK DOKU TRAVMASI ve CİLT KESİSİ	73,03
CİLT ve YUMUŞAK DOKU	73,43
İSHAL ve SIVI ELEKTROLİT BOZUKLUĞU	74,48
ACİL PATOLOJİ YOK	73,89
MALİGNANSİ	73,56
DAMAR PATOLOJİSİ	76,00
DİĞER	74,29

4.6.4. Tanı Gruplarının Mevsimlere Dağılımı

Tanıların mevsimsel olarak değerlendirilmesinde, şikayetlerde olduğu gibi kış mevsiminde solunum sistemi, yaz aylarında da ishal ve sıvı-elektrolit bozukluğu gruplarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek oldukları görüldü ($p=0,019$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Tanı gruplarının yüzdeler halinde mevsimsel olarak dağılımı. (DM: *Diabetes Mellitus*, İKK: İntrakraniyal Kanama, YDT: Yumuşak Doku Travması).

	Kış	İlkbahar	Yaz	Sonbahar
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM	29,7	27,6	20,9	21,8
ENFEKSİYON	30,7	29,5	22,7	17,1
NÖROVASKÜLER SİSTEM	28,2	24,5	21,9	25,3
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM	27,9	28,5	23,6	19,9
YDT ve CİLT KESİSİ	26,3	25,1	25,1	23,4
SOLUNUM SİSTEMİ	39,1	31,7	9,3	19,9
KIRIKLAR	24,5	29,1	23,2	23,2
İSHAL ve SIVI ELEKTROLİT BOZUKLUĞU	17,2	22	35,7	24,8
KAS EKLEM	27,6	25	25,9	21,6
KULAK-BURUN-BOĞAZ-GÖZ	35,3	24,1	16,4	24,1
CİLT ve YUMUŞAK DOKU	26,3	24,6	25,4	23,7
ÜROGENİTAL	26,1	26,1	24,3	23,4
KAFA TRAVMASI ve İKK	24,7	16,1	24,7	34,4
DM ve DİĞER ENDOKRİN	33,3	21,3	21,3	24
ACİL PATOLOJİ YOK	34,2	27,4	19,1	19,1
MALİGNASİ	24,2	30,6	22,6	22,6
DAMAR PATOLOJİSİ	23,3	26,6	20	30
ZEHİRLENME	45,5	18,2	13,6	22,7
DİĞER	20,8	18,8	38,3	27,1
TOPLAM	29	26,7	22,2	22,1

4.7. Servislere Yapılan Yatışların Dağılımı

4.7.1. Yatış Yapılan Hastaların Oranı

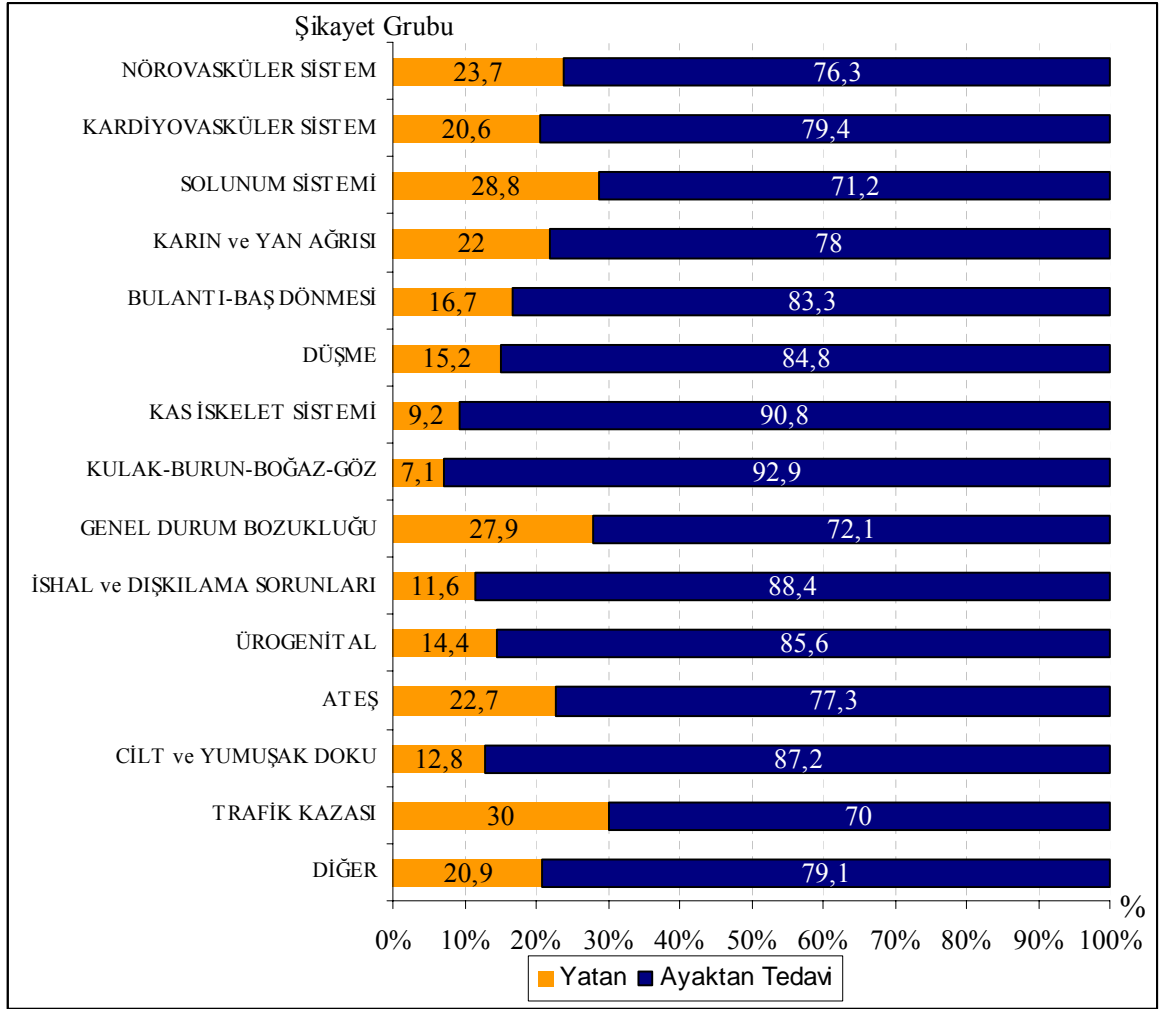
Hastaların 2005 yılı içinde yaptıkları ilk başvurularında 887 geriatric hastanın yatışı yapıldı. İlk başvuruların tamamı değerlendirildiğinde toplam yatış oranı %18,6 olarak hesaplandı, sadece tanısı bilinen hastalar hesaplandığında yatan hastaların oranı %27 oldu. Hastaların tekrarlayan başvuruları da dikkate alındığında, 6300 başvurunun 1169'unun (%18,6) yatışının yapıldığı görüldü.

4.7.2. Yatış Yapılan Genç ve Yaşlı Hastaların Oranları

AS'ten yapılan toplam yatışların sayısına ulaşamadı, ancak 65 yaşından genç hastaların Büyük Acil Servis (BAS) Gözlem Odası'na yatışlarının 568 olduğu (65 yaşından genç başvuruların %1,3'ü), 65 yaş ve üstü hastaların aynı dönemde BAS Gözlem Odası'na 227 yatışının yapıldığı (yaşlı başvuruların %3,6'sı) tespit edildi.

4.7.3. Yatışlarının Şikayetlere Göre Dağılımı

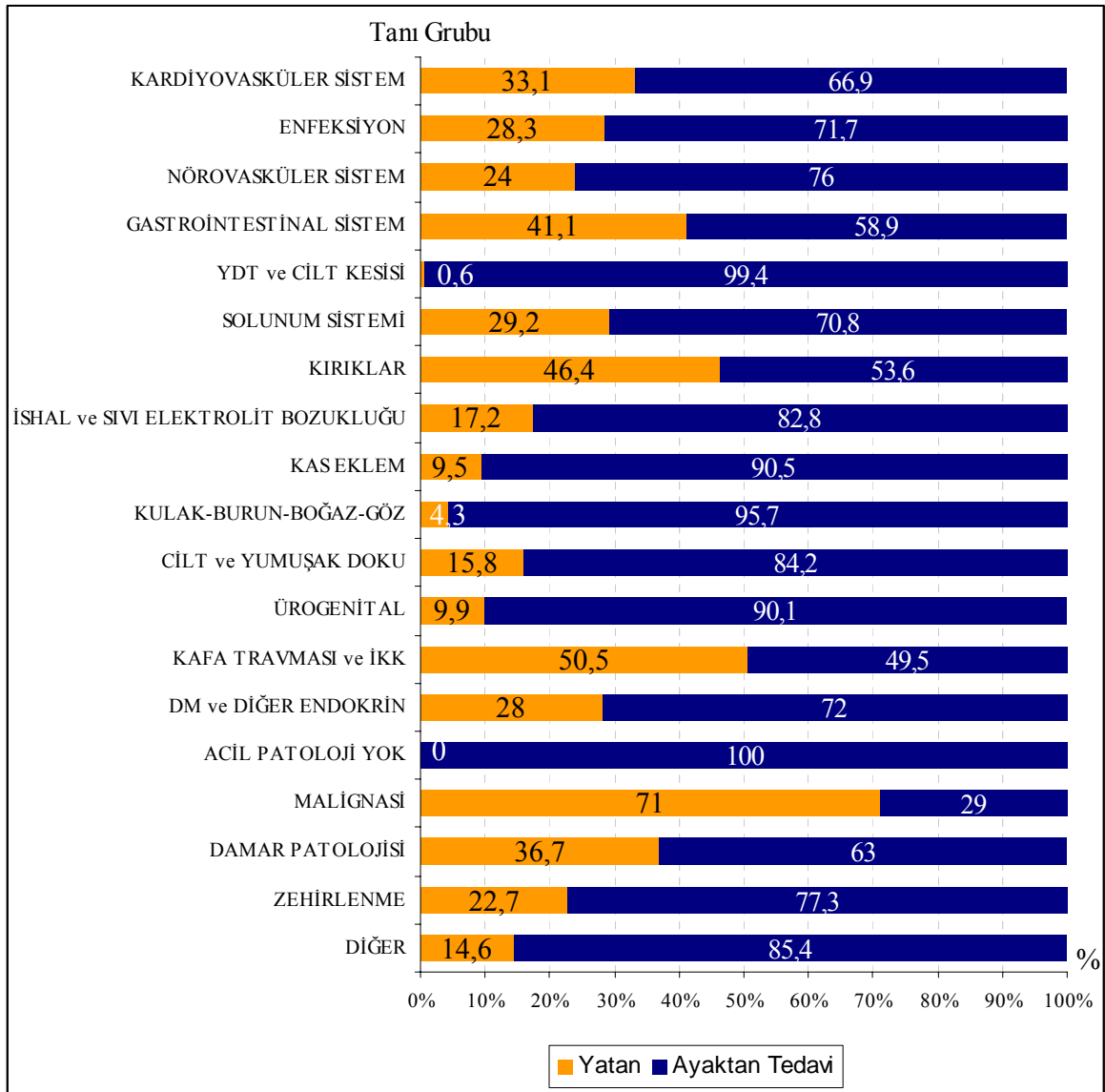
Şikayetleri bilinen 4525 hastanın %19,6'sının AS'e başvurduktan sonra yatışının yapıldığı hesaplandı. Trafik kazası şikayetiyle başvuran hastaların %30 yatma oranıyla ilk sırada olduğu, bunu solunum sistemi (%28,8), GDB (%27,9), NVS (%23,7), ateş (%22,7), karın ve yan ağrısı (%22), KVS (%20,6), bulantı-baş dönmesi (%16,7) ve düşme (%15,2) gruplarının izlediği belirlendi (Şekil 4.5). GDB, solunum sistemi ve NVS şikayet gruplarında anlamlı derecede yüksek yatış oranı görüldü (p=0,0001).



Şekil 4.5. Başvuru şikayetlerinin yatışlarının yüzdeler halinde dağılımı.

4.7.4. Yatışların Tanılara Göre Dağılımı

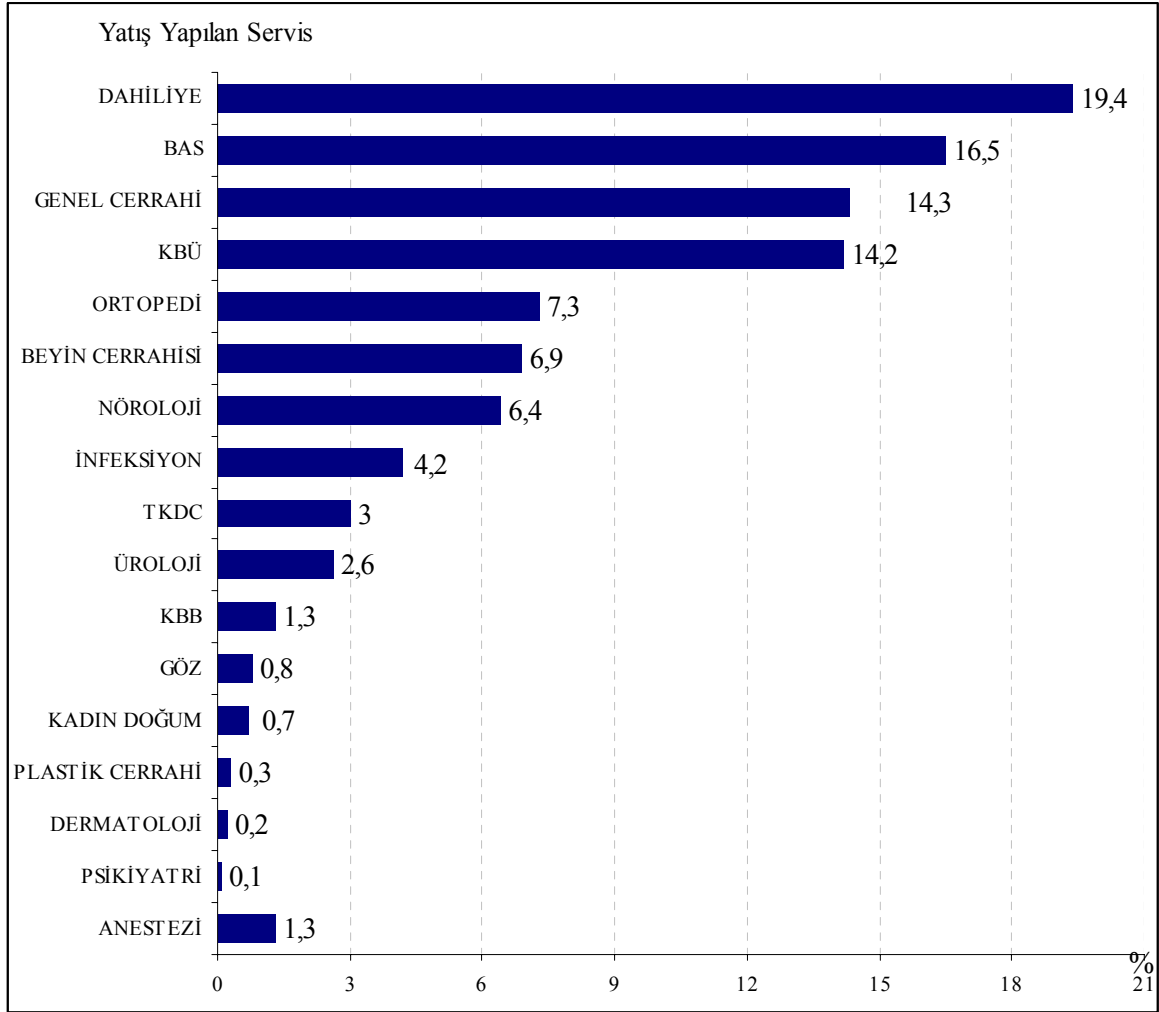
Tanısı bilinen hastaların %27'sinin yatmış olduğu, en yüksek orandaki grubun da malignansi grubundaki (%71) hastalarda olduğu görüldü (Şekil 4.6). Malignansi, kafa travması ve İKK, kırıklar, GİS ve KVS tanı gruplarındaki hastalarda anlamlı derecede yüksek yatış oranı bulundu ($p=0,0001$).



Şekil 4.6. Tanıların yüzdelik dilimlerde yatış oranları. (DM: *Diabetes Mellitus*, İKK: İntrakraniyal Kanama, YDT: Yumuşak Doku Travması).

4.7.5. Yatışların Bölümlere Dağılımı

Yatış yapılan servislerin ilk beşinin sıralaması, Dahiliye (%19,4), BAS Gözlem Odası (%16,5), Genel Cerrahi (%14,3), Koroner Bakım Ünitesi (KBÜ) (%14,2) ve Ortopedi (%7,3) olarak gerçekleşti (Şekil 4.7).

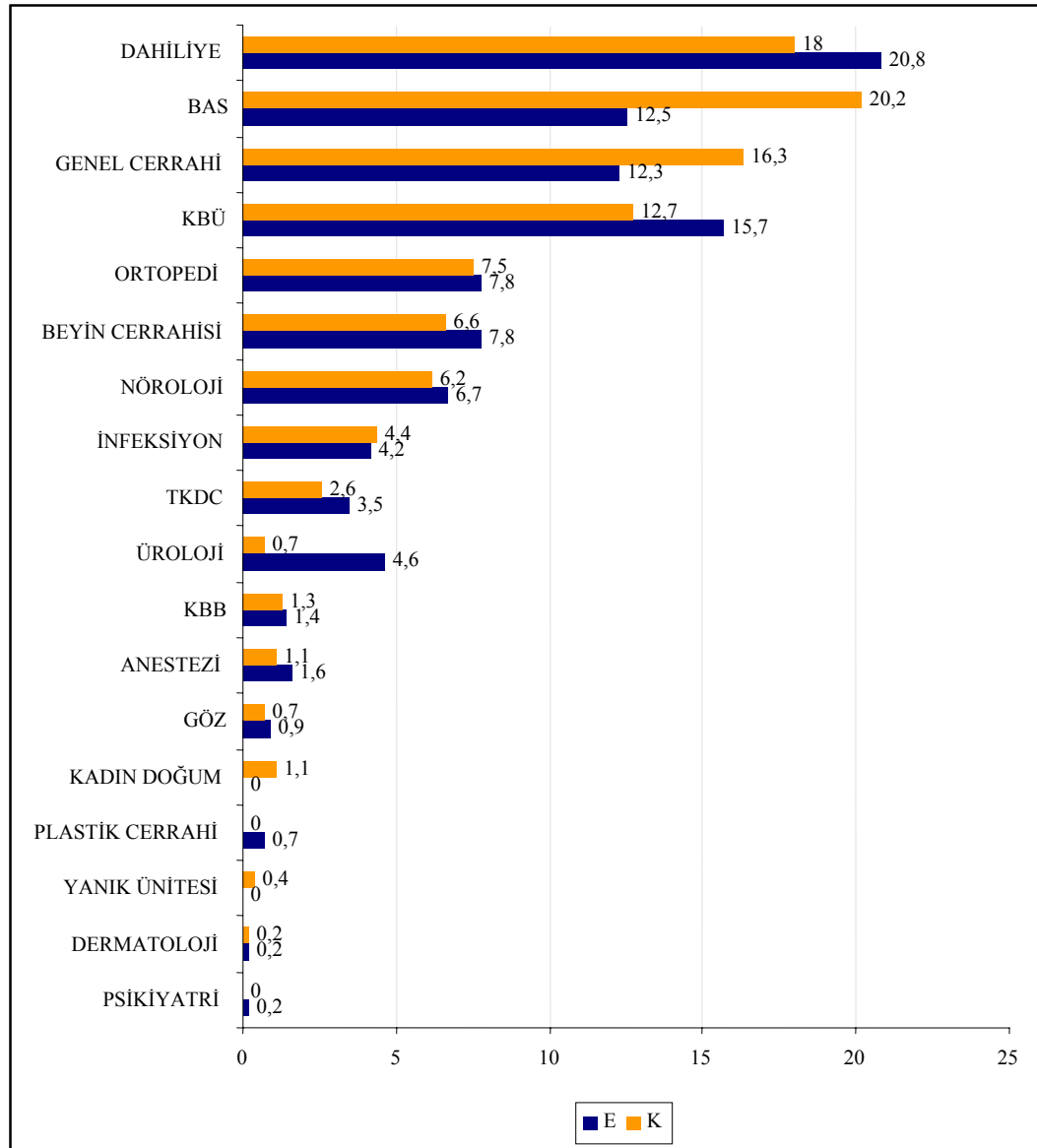


Şekil 4.7. Yatan hastaların kendi içinde yatış yapılan bölümlere dağılımı yüzde olarak dağılımı.

4.7.6. Yatışların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Toplam 887 yatışın 432'si erkek, 455'i kadın olarak dağıldı. Yatan hastaların kendi içindeki dağılımı %48,7 erkek, %51,3 kadındı. Tanısı bilinen hastaların tamamı dikkate alındığında erkeklerin yatış oranı %13,2, kadınların yatış oranı %13,9 olarak gerçekleşti. Tanısına ulaşılan hastaların cinsiyetlere göre gruplandırıldığında, tanısı bilinen 1413 erkek hastanın %30,6'sı, tanısı bilinen 1868 kadın hastanın %24,4'ü yatmış oldu. Tekrar başvurular da hesaba dahil edildiğinde, başvuran tüm erkeklerin %21'inin, kadınların ise %16,7'sinin yatmış olduğu görüldü.

Kadınların BAS Gözlem Odası'na ve erkeklerin Üroloji'ye yatırımları oranları istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek gerçekleşti ($p=0,004$). Dahiliye'ye ve KBÜ'ne erkekler daha fazla yatarken, Genel Cerrahi'ye kadınların yatışı daha yüksek olarak gerçekleşti (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Hastaların cinsiyete göre servislere yatışlarının yüzde olarak dağılımı. (E: Erkek K: Kadın, BAS: Büyük Acil Servis, KBB: Kulak, Burun ve Boğaz, KBÜ: Koroner Bakım Ünitesi, TKDC: Toraks Kalp Damar Cerrahisi)

4.8. Yaşlı Hastaların Başvuru Sonrası Hastanede Geçirdikleri Süre

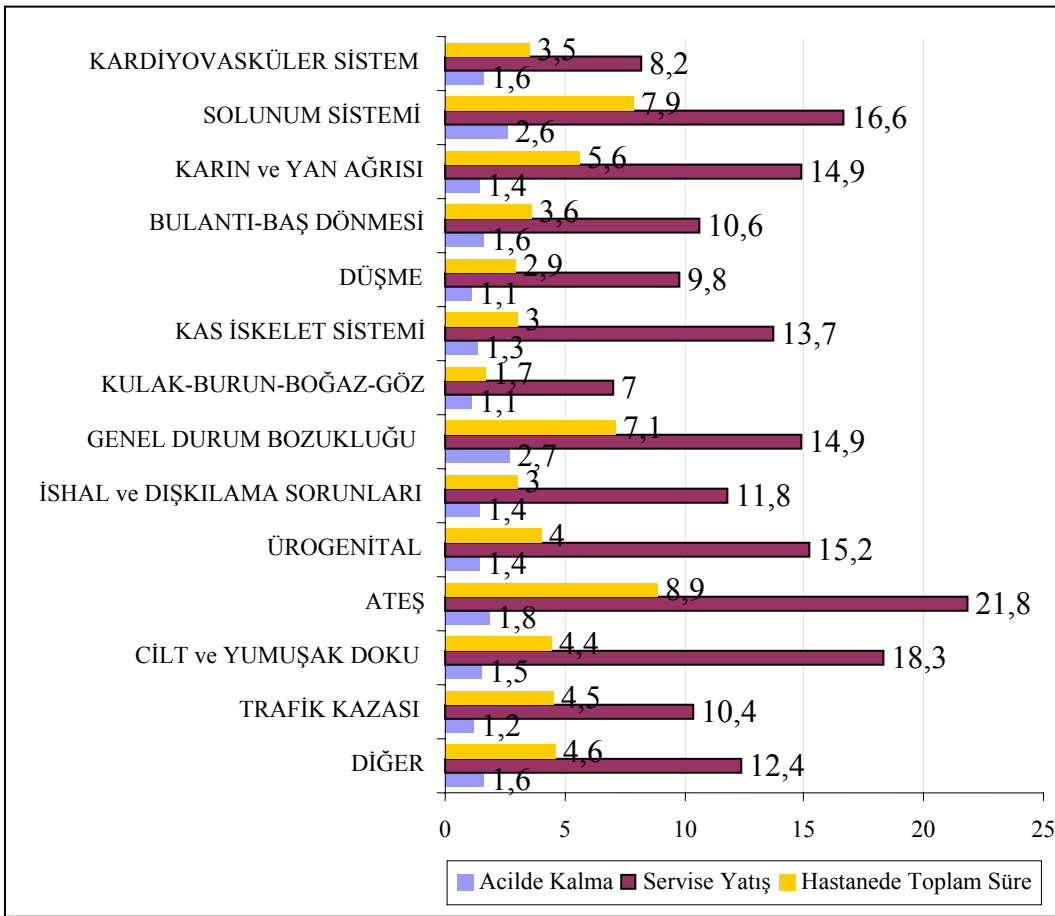
Hastaların yatıncaya veya taburcu oluncaya kadar AS'te, yatırılan hastaların, yattıkları servislerde ve hastanede kaldıkları toplam sürelerin ortalamaları cinsiyet, şikayet, tanı ve yatma durumlarına göre değerlendirildi.

4.8.1. Cinsiyete Göre Hastanede Geçirilen Süre

Tanısı bilinen, yatan ve ayaktan tedavi olan hastaların tamamını ortalamaları alındığında, AS'te ortalama 2 gün, yatış yapılan serviste 14 gün, ortalama hastanede geçirilen toplam süre ise 5 gün olarak hesaplandı. Kadın ve erkeklere ayrı bakıldığında ortalamaların aynı olduğu görüldü. Sadece ayaktan tedavi edilen hastaların AS'te kalış ortalamaları 1 gün oldu, cinsiyetler arasında farklılık yoktu. Yalnızca yatış yapılmış olan hastalar değerlendirildiği zaman ortalama olarak AS'te 3 gün, serviste 14 gün ve toplam hastanede 15 gün ortalamasının olduğu, cinsiyetleri ayrı ayrı değerlendirecek olursak, erkeklerin AS'te kalış ortalamalarının 2 gün, kadınların 3 gün olduğu tespit edildi.

4.8.2. Şikayet Gruplarına Göre Hastanede Geçirilen Süre

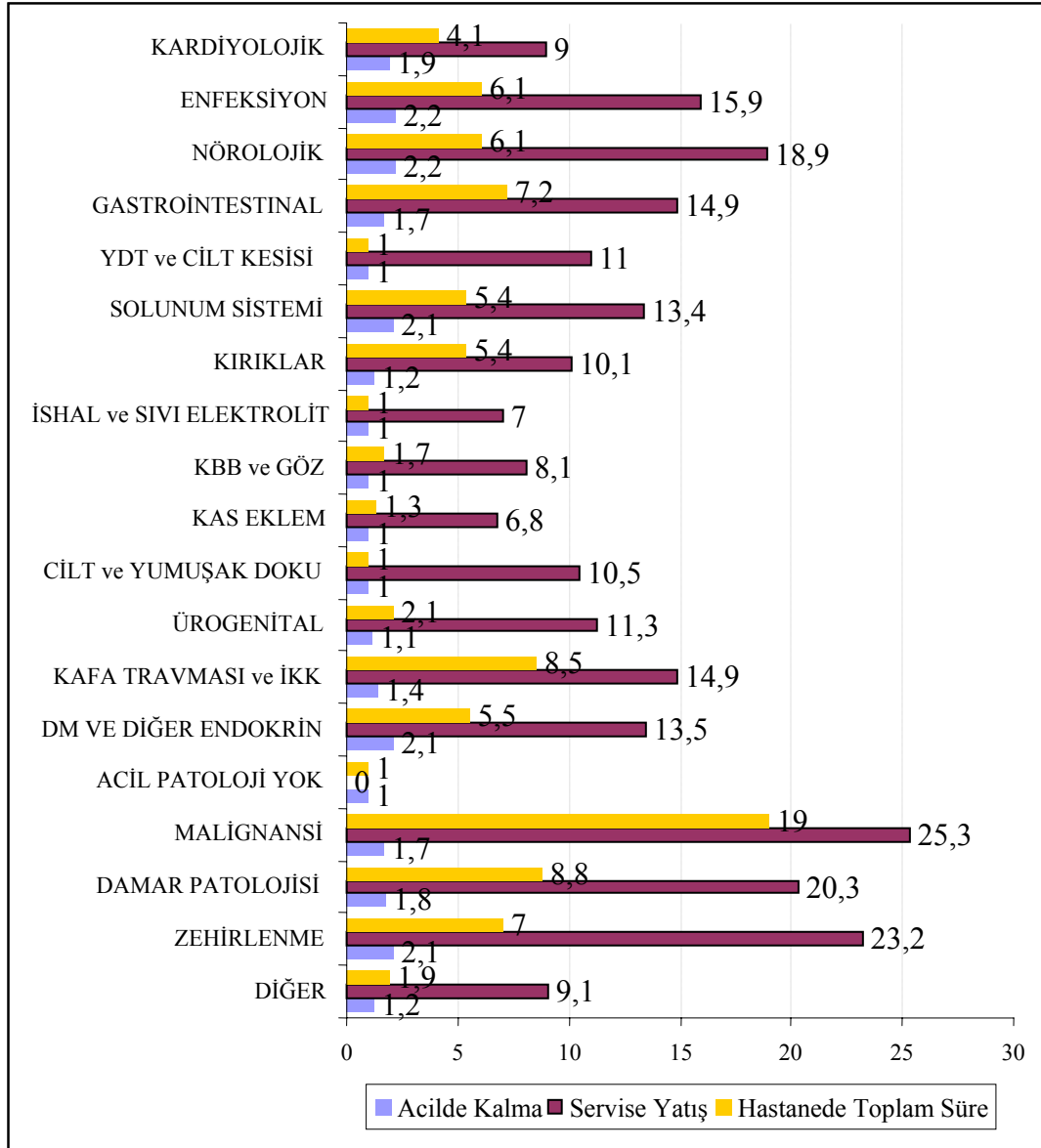
AS'te ortalama olarak en uzun süre geçiren hastalar GDB (2,7 gün) ve solunum sistemi (2,6 gün) şikayet gruplarındakilerdi. Yatma durumuna bakıldığında en yüksek ortalaması olan gruplar sırasıyla ateş (21,8 gün), cilt ve yumuşak doku (18,3 gün), NVS (16,8 gün), solunum sistemi (16,6 gün), ürogenital (15,2 gün), GDB (14,9 gün) ve karın ve yan ağrısı (14,9 gün) şikayet grupları oldular (Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Şikayet gruplarının, AS'te, yatış yapılan servislere ve hastanede toplam kalış sürelerinin gün olarak ortalamaları.

4.8.3. Tanı Gruplarına Göre Hastanede Geçirilen Süre

Tanılar gruplarının dağılımında, AS'te ortalama 2 günün üzerinde kalan hastalar, enfeksiyon (2,2 gün), NVS (2,2 gün), solunum sistemi (2,1 gün), DM ve diğer Endokrin (2,1 gün) ve zehirlenmeler (2,1 gün) tanı gruplarındaki hastalardı. Malignansi grubundaki hastaların yatış ortalaması (25,3 gün) diğer gruplarından yüksekti. Daha sonra NVS (18,9 gün), enfeksiyon (15,9 gün), GİS (14,9 gün) ve kafa travması ve İKK (14,9 gün) tanı grupları sıralandı (Şekil 4.10).



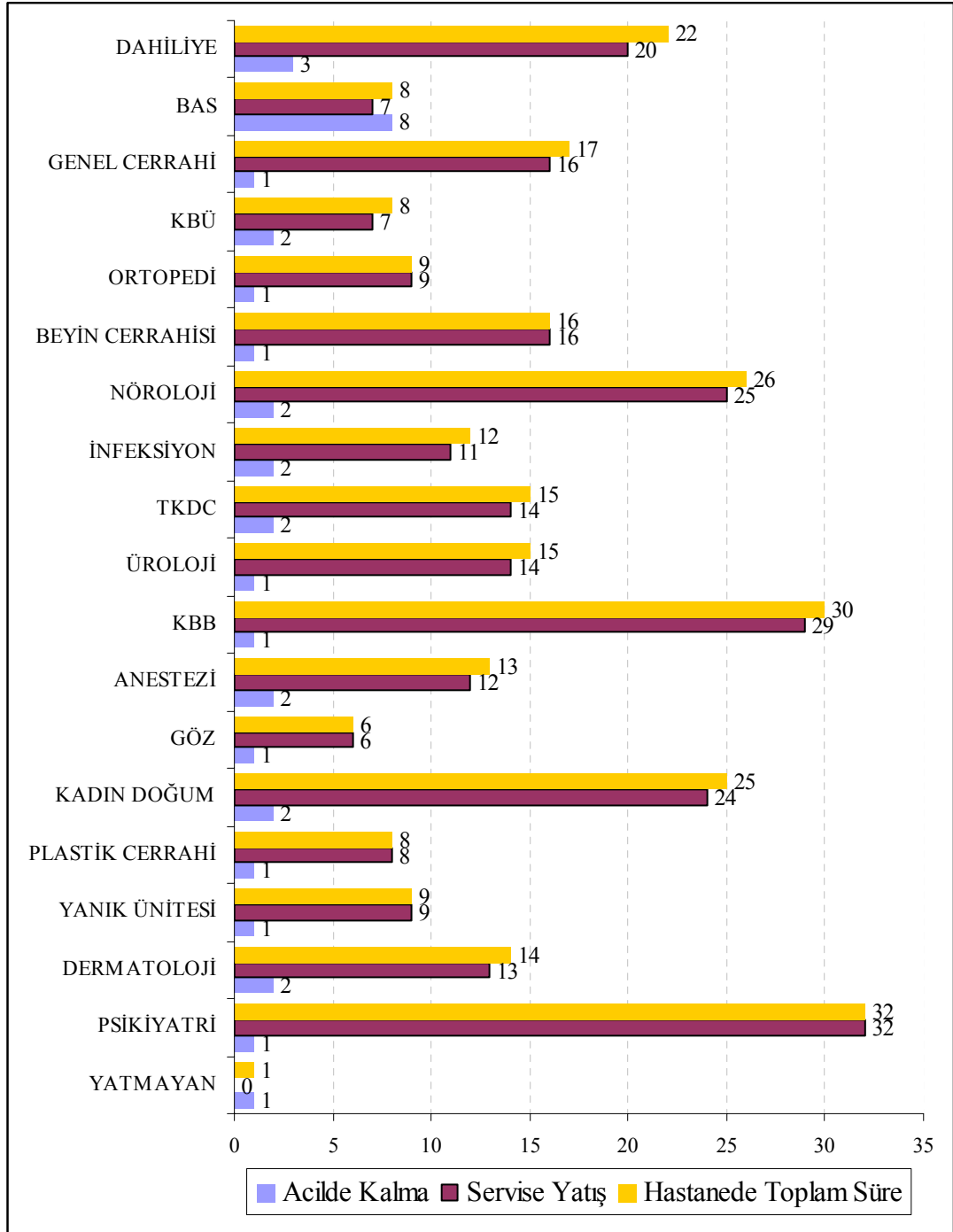
Şekil 4.10. Tanı gruplarının, AS'te, yatış yapılan servislerde ve hastanede toplam kalma sürelerinin gün olarak ortalamaları. (YDT: yumuşak Doku Travması, İKK: İntrakraniyal Kanama, KBB: Kulak-Burun-Boğaz)

4.8.4. Yatma Durumuna Göre Hastanede Geçirilen Süre

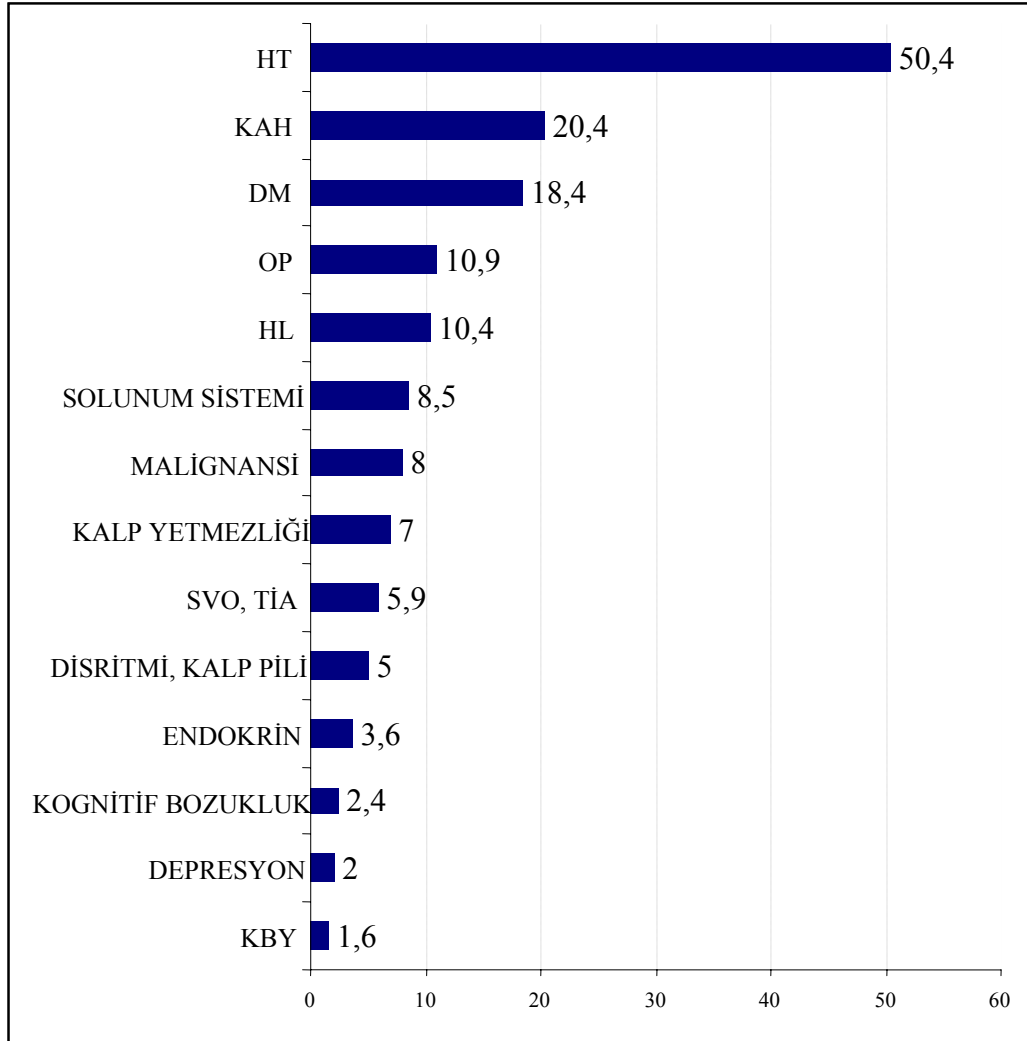
BAS Gözlem Odası'na yatan grubun AS'te kalmaya devam ettiği için en yüksek ortalamaya (8 gün) sahip olduğu görüldü. Dahiliye'ye yatan hastaların, yatış yapılmadan önce ortalama olarak AS'te 3 gün geçirdikleri saptandı. Dahiliye'yi 2 gün ortalama ile KBÜ, Nöroloji, Enfeksiyon, TKDC, Anestezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Dermatoloji bölümleri izledi(Şekil 4.11).

4.9. Başvuru Öncesi Tanı Konulmuş Hastalıklar

2918 hastanın dosyasında daha önceden tanısı konulmuş kronik hastalık bilgisi mevcuttu. Dosyalarda hastanın tıbbi geçmişlerinin kaydedilmiş olduğu, ancak kimilerinde boş bırakıldığı görüldü. Kimi hastalarda hiçbir kronik hastalık olmadığı belirtilmiş olmasına rağmen, hastaların antihipertansif, antihiperlipidemik, antidiyabetik ilaçlar kullandıkları tespit edildi. Olabildiğince doğru değerlendirme yapabilmek için kronik hastalık bilgileri, tanısına ulaşılan hastalarda değerlendirildi. Tanısına ulaşılan hastaların ortalama 1,7 kronik hastalığa sahip olduğu görüldü. Kronik hastalıkların sıralanışı HT (%50,4), koroner arter hastalığı (KAH) (%20,4), DM (%18,4), OP (%10,9), Hiperlipidemi (HL) (%10,4) solunum sistemi patolojileri (%8,5) olarak bulundu (Bkz. Şekil 4.12).



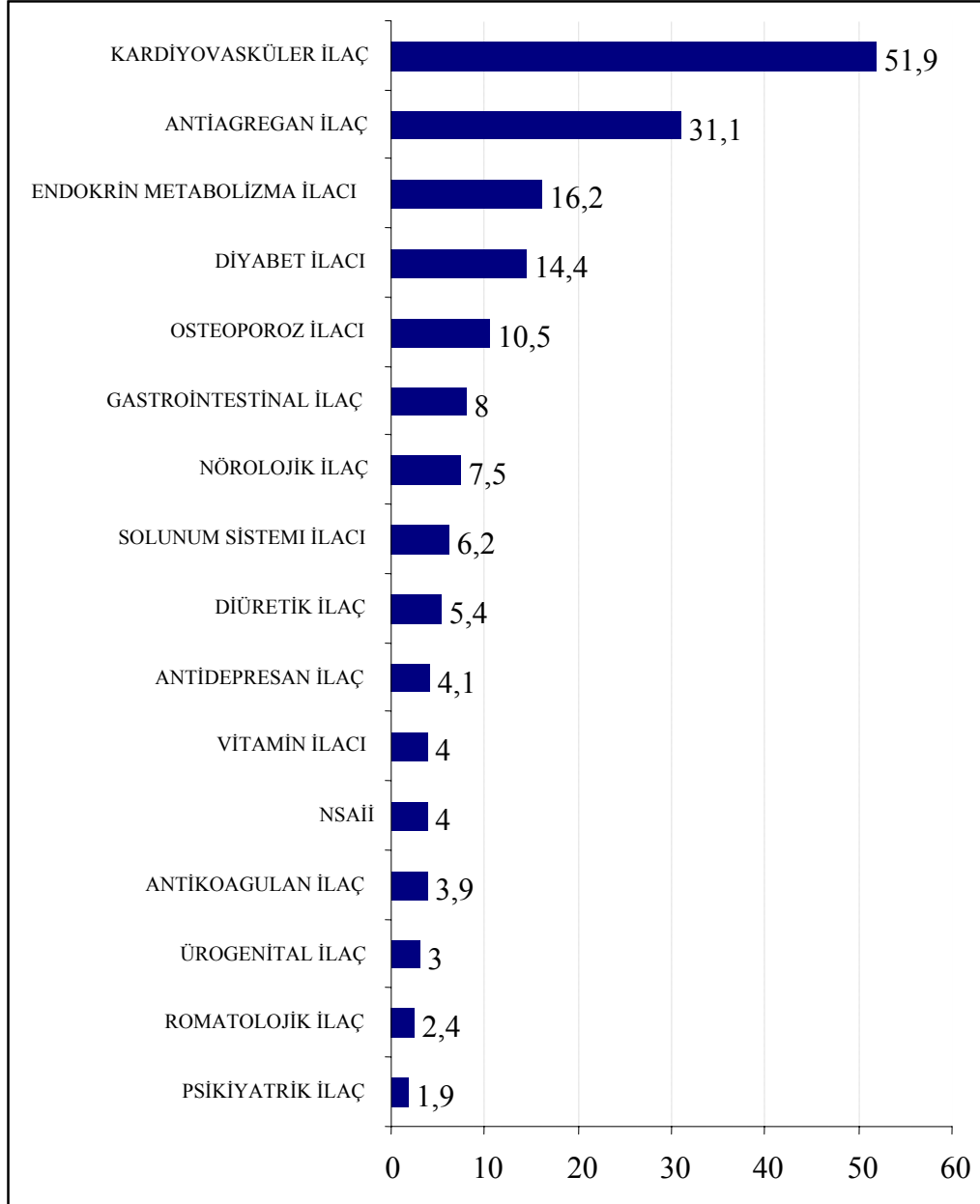
Şekil 4.11. Servislere yatış yapılan hastaların, AS'te, yatış yapılan servislerde ve hastanede toplam kalıma sürelerinin gün olarak ortalamaları. (BAS: Büyük Acil Servis, KBB: Kulak, Burun ve Boğaz, KBÜ: Koroner Bakım Ünitesi, TKDC: Toraks Kalp Damar Cerrahisi)



Şekil 4.12. Hastaların daha önceden tanı konulmuş kronik hastalıkların yüzde olarak dağılımı. (KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği)

4.10 Başvuru Öncesinde Kullanılan İlaçlar

Kronik hastalık değerlendirilmesinde olduğu gibi, daha sağlıklı kayıtlara ulaşıldığı düşünülerek tanısına ulaşılabilen hastalar dikkate alındı. ortalama ilaç kullanımı 2,91 (1-17 arasında) olarak bulundu. Kardiyovasküler (%51,9) ve Antiagregan (%31,1), Endokrin ve Metabolizma (%16,2), Diyabet (%14,4), Osteoporoz (%10,5) ilaç gruplarının ilk beş sırayı oluşturduğu görüldü (Şekil 4.13).



Şekil 4.13. Hastaların başvuru öncesinde kullanmakta oldukları ilaçların yüzdeleri dilim halinde dağılımı.

4.11. Sonuçlar

4.11.1. Ölüm ve Taburculuk Dağılımı

Hastaların %6,7'sinin tanı ve tedavi sürecini tamamlamadan hastaneden ayrıldığı, %86,9'unun taburcu edildiği, %6,4'ünün de ldėi saptandı, hastaneyi terk edenler çıkarıldığında ölenlerin oranı %6,9 oldu. Yatmayan hastaların sonuçlarına bakıldığında, ölüm oranının %2,2, hastaneyi terk etme oranının ise %8,4 olduğu görüldü, Yatan hastaların %17,8'inin ldėi ve %1,9'unun hastaneyi terk ettiği belirlendi. Yatan hastaların ölüm oranı yatmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,0001$).

Erkek hastaların %7,1'inin, kadın hastaların %5,9'unun ldėi, anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p=0,415$). Sonuçlara göre yağ ortalaması en yüksek olan grup lenlerdi (ortalama:76 yıl, 65-101 yıl, ortanca 76), yağayan grubun yağ ortalaması 74 yıl (65-98 yıl, ortanca 73) olarak hesaplandı.

4.11.2. Şikayet Gruplarında lm ve Taburculuk Dağılımı

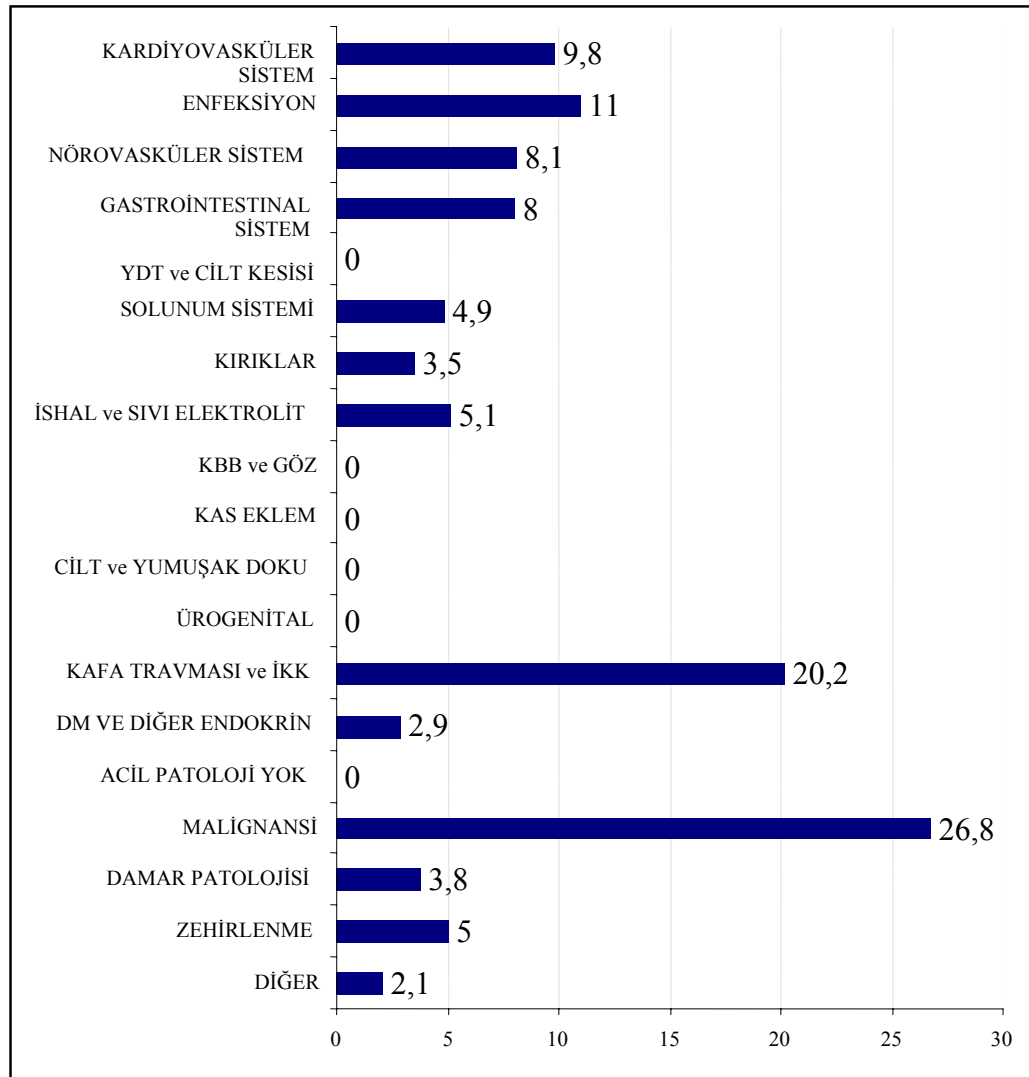
Başvuru Şikayetleri arasında en yüksek ölüm oranı GDB (%23) grubundaki hastalardaydı. Solunum sistemi (%12), NVS (%9,8), ve KVS (%7,4) Şikayet grupları yüksek ölüm oranlarıyla dikkat çekti (Tablo 4.5)

Tablo 4.5 Şikayet gruplarında ölüm ve taburculuk sayılarının ve oranlarının dağılımı. (n: Hasta sayısı).

	ÖLEN		TABURCU		HASTANEYİ TERK	
	n	%	n	%	n	%
NÖROVASKÜLER SİSTEM	48	9,8	378	77	64	13
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM	32	7,4	364	84	38	8,8
SOLUNUM SİSTEMİ	48	12	309	77	44	11
KARIN ve YAN AĞRISI	14	4,3	284	87	30	9,1
BULANTI-BAŞ DÖNMESİ	10	3,2	286	91	18	5,7
DÜŞME	4	1,3	284	94	13	4,3
KAS İSKELET SİSTEMİ	3	1,4	199	93	13	6
KULAK-BURUN-BOĞAZ-GÖZ	0	0	148	97	5	3,3
GENEL DURUM BOZUKLUĞU	36	23	105	67	15	9,6
İSHAL ve DIŞKILAMA SORUNLARI	5	4,1	112	91	6	4,9
ÜROGENİTAL	2	3,2	120	95	4	3,2
ATEŞ	4	4,7	78	92	3	3,5
CİLT ve YUMUŞAK DOKU	0	0	89	96	4	4,3
TRAFİK KAZASI	3	5,9	48	94	0	0
DİĞER	2	4	48	96	0	0
TOPLAM	211	6,4	2852	86	257	7,7

4.11.3 Tanı Gruplarında Ölüm Dağılımı

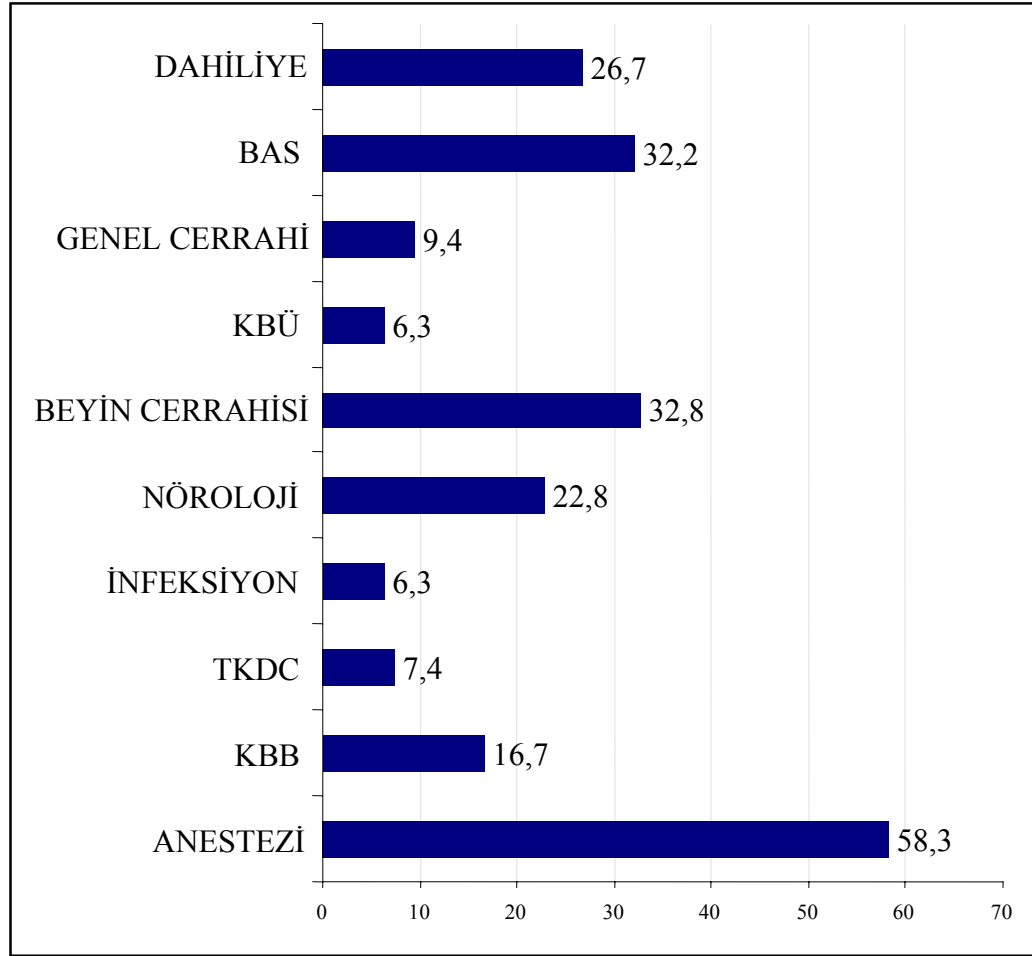
Malignansi (%26,8), kafa travması ve İKK (%20,2) gruplarında ölüm oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p=0,0001$). En fazla konulan KVS (%9,8), enfeksiyon (%11), NVS (%8,1), GİS (%8) tanılarının ölüm oranları ortalamanın üzerindedir (Şekil 4.14).



Şekil 4.14. Bilgisine ulaşılan tanılarının ölüm oranlarının yüzdelerik dağılımı. (her hastalık grubu kendi içinde değerlendirilmiştir)

4.11.4 Yatan Hastalarda Ölüm Dağılımı

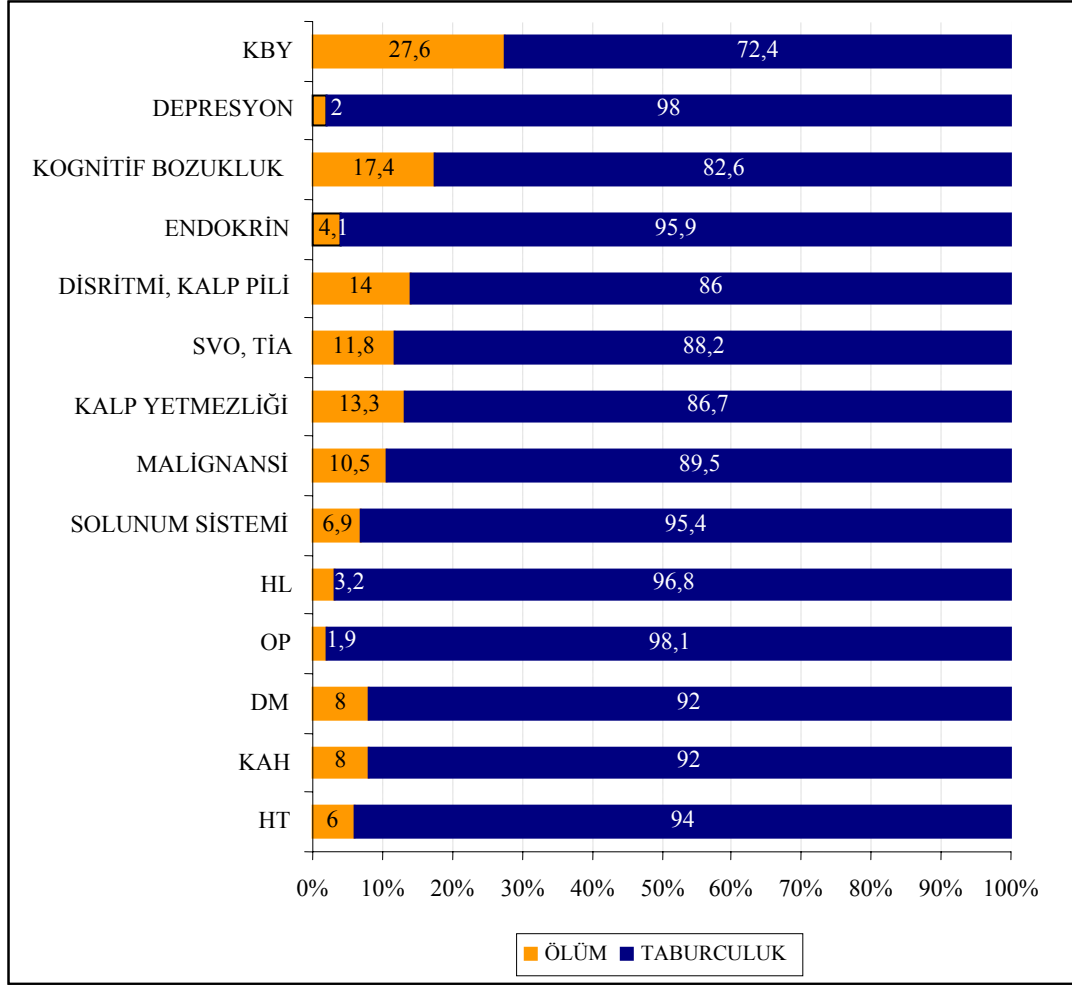
Yatış yapılan servislerde Anestezi (%58,3), Beyin Cerrahisi (%32,8), BAS Gözlem Odası (%32,2), Dahiliye (%26,7) bölümlerine yatan hastalarda ölüm oranlarının yüksekliği istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,0001$). Yatış yapılan Dermatoloji, Yanık Ünitesi, Üroloji, Göz, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Plastik Cerrahi, Psikiyatri servislerinde hiç ölüm olmadı (Şekil 4.15).



Şekil 4.15 Yatış yapılan bölümlerdeki ölüm oranlarının yüzde olarak dağılımı.(BAS: Büyük Acil Servis, KBB: Kulak, Burun ve Boğaz, KBÜ: Koroner Bakım Ünitesi, TKDC: Toraks Kalp Damar Cerrahisi).

4.11.5 Kronik Hastalık Durumuna Göre Ölüm Dağılımı

Ölümlerin kronik hastalıklara göre dağılımlına bakıldığında, ölüm için risk faktörü olarak görülen kronik hastalıklar %27,6 ile kronik böbrek yetmezliği (KBY) ($p=0,0001$), %17,4 ile kognitif bozukluk ($p=0,001$), %14 ile disritmi ve kalp pili ($p=0,0001$), %13,3 ile KKY ($p=0,0001$), %11,8 ile SVO, TIA ($p=0,012$) ve %10,5 ile malignansi ($p=0,042$) oldular (Şekil 4.16).



Şekil 4.16 Başvuru öncesi tanı konulmuş kronik hastalığa sahip hastaların, ölüm ve taburculuk oranı dağılımı.

TARTIŞMA

2005 yılı içinde HÜTF Erişkin AS'ine başvuru yapan geriatrik hastalar toplam başvurunun %12,2'sini oluşturmaktaydı. Bu oran Türkiye dışında yapılan çalışmalardaki %8–39 arasında değişen değerlerle uyumluydu.^{14, 15, 16, 25, 26} 1998–2000 yılları arasında Eskişehir ilindeki tüm hastaneleri kapsayan bir çalışmada 60 yaş ve üzerindeki hastaların başvuru oranı %13, MÜTF Hastanesi AS'ine 2004 yılında yapılan başka bir çalışmada 65 yaş ve üzerindeki hastaların başvuru oranı %9, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi AS'inde 2003 yılında yapılan çalışmada %13,3 olarak yayınlanmıştır.^{19, 20, 22} 2001 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun %8,5'ünü geriatrik yaş grubu oluşturmaktadır.²² NVİ'nin 2005 verilerine göre geriatrik yaş grubunun toplam nüfusa oranı %7,8'dir.⁵ 1986 yılında yapılan bir çalışmada¹⁵ içinde bulunulan nüfusun %15,3'ünü 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktayken AS başvurularındaki oranlarının %19 olduğu, 1992 yılında yapılan başka bir çalışmada¹⁶ ise nüfusa oranlarının %12 olmasına rağmen AS başvurularının %14,9'unu oluşturdukları belirtilmiştir. Ülkemizde yaşlı nüfusun Avrupa ve Amerika kıtasına oranla daha düşük olmasına rağmen AS başvurularındaki oranlarının benzer olarak yüksek olduğu görülmüştür.

Geriatrik hastaların ilk başvuruları temel alındığında hastaların yaş ortalaması 73,88 yıldır. Bu sonuç MÜTF Hastanesi AS'inde yapılan çalışma²² (73,4 yıl) ile benzerlik göstermekle birlikte, Lowenstein ve ark.'nın çalışmasından¹⁵ (78 yıl) oldukça düşüktür.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %43'ü erkek, %57'si kadındır. NVİ'nin 2005 yılı verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üstündeki nüfusun %41 erkek ve %59 kadın dağılımı ile benzerlik göstermektedir.

Başvuru şikayetlerine ulaşılan hastaların incelenmesinde şikayetler sistemlere veya olaylara göre sınıflandırılarak daha iyi bir değerlendirme amaçlanmıştır. Başvuran hastaların girişte bildirdikleri şikayetlerde en yüksek oran %14,3 ile NVS şikayetler grubundadır, bunu KVS (%13,3), solunum sistemi (%11,8), karın ve yan ağrısı (%10,1), bulantı-baş dönmesi (%9,1) ve düşme (%8,6) şikayet grupları izlemiştir (Bkz. Şekil 4.1). Lowenstein ve ark.(1986)'nın çalışmasında¹⁵ en yüksek oran %18,6 ile düşme ve kendine bakım sorunlarındadır, bunu %10 ile göğüs ağrısı

ve solunum sıkıntısı, %9,6 ile abdominal şikayetler, %6,2 ile bilişsel bozukluklar izlemektedir. Gruplama yapılmadan önceki dağılımına baktığımızda (Bkz. Tablo 4.1), en sık başvuru şikayetleri benzer olarak solunum sıkıntısı (%8,2), göğüs ağrısı (%6,2), düşme (%5,5), karın ağrısı (%5), bilinç bozukluğu (%3,7) olarak sıralanmıştır.

Şikayetlerin cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında (Bkz. Şekil 4.2), erkeklerde ürogenital şikayetle başvuru anlamlı derecede yüksek iken, kadınlarda düşme ve KİS şikayetiyle başvuru anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$). Karataş ve ark⁷⁸ yaptıkları çalışmada düşme sıklığının kadınlarda daha fazla olduğunu ve cinsiyetin en önemli risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.

Tanısına ulaşılan hastaların %20,4'ünde KVS tanı mevcuttu (Bkz Şekil 4.3). Daha önce yapılan çalışmalarda da KVS tanı grupları benzer şekilde (%24–28) yüksek olarak bulunmuştur.^{19, 21, 23, 24} KVS tanı grubunda kararsız Anjina pectoris ve göğüs ağrısı (%4,9), Mİ (%4), HT (%4), kardiyak disritmiler (%2,7) ve KKY (%2,1) en sık konulan tanılar oldular. Mİ görülme oranı Ciccone ve ark.'nın²¹ çalışmasından (%2,4) yüksekti. Enfeksiyon tanı grubunda en sık görülenler pnömoni (%5,1) ve İYE (%4,2) oldular. Bu oranlar da yukarıdaki çalışmadan (sırasıyla %2,9 ve %1,6) belirgin olarak yüksekti.²¹ Bu durumun nedeni Ciccone'nin çalışmasının 6 yıllık bir süreyi kapsamaması ve çok daha fazla olan hasta sayısı nedeniyle oranlardaki değişme olabilir. NVS tanı grubu içinde en fazla SVO (%5,2) bulunmaktaydı. SVO tanısının diğer çalışmalardan (ortalama %3) daha fazla konulmuş olduğu görüldü.^{21,22} Morbiditesi yüksek olan tanı gruplarının çalışmamızda daha yüksek olması, HÜTF AS'ine başvuran hastaların daha ciddi sorunlara sahip olduklarını düşündürmektedir. Bu dağılım geriatrik hastalarda görülen en sık tanıların iskemik kalp hastalığı, KKY, kardiyak disritmiler, SVO, pnömoni, abdominal sorunlar, İYE ve dehidratasyon olduğunu belirten yayınlardakine benzerdi.^{12, 15, 16, 21, 23, 25}

Tanıların cinsiyet dağılımına bakıldığında, en sık konulan ilk dört tanı gruplarının sıralanmasının her iki cinsiyet için de benzer olduğu görüldü (Bkz. Şekil 4.4). Kadınlarda YDT ve cilt kesisi, erkeklerde ürogenital patoloji grupları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek oranda görüldü ($p<0.001$).

Tanılara göre yaş ortalamasında zehirlenmeler (71,68 yıl) en düşük ortalamaya sahip grup olurken, damar patolojisi grubu en yüksek (76 yıl) ortalamaya

sahipti (Bkz. Tablo 4.3). Zehirlenmelerin yarısından fazlasının soba ve doğalgaz zehirlenmesi olması, yaş ortalamasının düşük olmasına neden olmuş olabilir. İnhalasyon zehirlenmelerinde yaşlanma faktöründen çok çevrenin durumu daha büyük etmendir. Damar patolojisi grubunda, ateroskleroz, derin ven trombozu, ateryal emboli olması, daha yaşlı grup olmasının nedeni olması olasılığı düşünüldü.

Tanıların mevsimsel olarak değerlendirilmesinde, şikayetlerde olduğu gibi kışın solunum sistemi tanı grubunun, yazın da ishal ve sıvı-elektrolit bozukluğu grubunun anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p=0,019$) (Tablo 4.4). Bu dağılım toplumun genelinde görülenle benzerlik gösteriyordu.

HÜTF Hastanesi AS'ne 2005 yılında geriatrik hastaların yaptığı tüm başvurular değerlendirildiğinde (6300 başvuru), yatışı yapılan hastaların sayısı 1169 ve yatış oranı %18,6 olarak bulundu. Değerlendirmemizde sadece ilk başvurular dikkate alındığında (4777 başvuru), 887'sinin (%18,6) yatmış olduğu görüldü. Türkiye dışında yapılan çalışmalar ile kıyaslandığında (%32–46), bu oranın düşük olduğu dikkati çekti.^{12, 14–17, 23, 25, 26, 34} Ülkemizde yapılan çalışmalarda AS'e başvuran yaşlı hastaların %21,2–28,2 oranında yatırıldıkları bildirilmiştir.^{20, 21} HÜTF Hastanesi AS'inde geriatrik hasta yatışının diğer merkezlere göre düşük olduğu görülmektedir. Çalışma süresinde servislerin bir kısmında tadilat olması bu durumun nedeni olarak görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı süre içinde AS'e başvuran genç hastaların yatış yapıldığı servis bilgilerine ulaşamadı, ancak BAS Gözlem Odası'na yapılan yatışları Bilgi İşlem Dairesi'nden elde edildi. Genç hastaların 568'inin (genç hastaların başvurularının %1,3'ü) yatışının yapıldığı öğrenildi. Aynı süre içinde geriatrik yaş grubundan 227 hastanın (geriatrik yaş grubunun %3,6'sı) BAS Gözlem Odası'na yatışının yapıldığı tespit edildi. Geriatrik yaş grubunun, genç hastaların yatışına göre 2,8 kat daha yüksek oranının olduğu hesaplandı. Bu durum yaşlı hastaların gençlere göre yatma olasılıklarının 2–5 kat fazla olduğunu bildiren yayımlarla uyumlu olarak bulundu.⁷⁹

Geriatrik yaş grubundaki hastaların ilk başvurularındaki şikayetlere göre yatma durumları değerlendirildiğinde, trafik kazası şikayetiyle başvuran hastaların %30 yatma oranıyla ilk sırada olduğu, bunu solunum sistemi (%28,8), GDB (%27,9), NVS (%23,7), ateş (%22,7), karın ve yan ağrısı (%22), KVS (%20,6), bulantı-baş dönmesi (%16,7) ve düşme (%15,2) gruplarının izlediği belirlendi (Bkz. Şekil 4.5).

GDB, solunum sistemi ve NVS gruplarında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek yatış oranı görüldü ($p=0,0001$). Geriatrik hastaların yatış oranlarının yüksek olması, belirsiz yakınmalar ile başvurup, ciddi nedenlerin bulunmasına bağlandı.

Yatma durumları, tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde, tanısı bilinen hastaların %27'sinin yatmış olduğu, en yüksek orandaki grubun da malignansi tanı grubundaki (%71) hastalarda olduğu görüldü. (Bkz Şekil 4.6) Malignansi, kafa Travması ve İKK, kırıklar, GİS ve KVS tanı gruplarındaki hastalarda anlamlı derecede yüksek yatış oranı bulundu ($p=0,0001$). Yanık Ünitesi'nin yatış oranının düşük olmasının nedeni 2005 yılı başında tadilata girmesi olarak tespit edildi. HÜTF Hastanesi'nin onkolojik hasta grubunun oldukça yüksek olması, hastalar şehir dışında olsalar bile tedavi oldukları hastaneye gelmeyi tercih etmeleri ve özellikle geriatrik onkoloji hastalarının durumlarının bozulmaya daha meyilli olmaları, yatış oranlarının yüksek olmasının nedeni olabilir. 2003 yılında MÜTF'de yapılan çalışmada tanılara göre AS'ten yatış sıralaması travma ve kaza (%41,1), kanser (%40,3), renal ve ürolojik (%35,9), NVS (%35,6), KVS (34,9) ve GİS (%29,7) grupları olarak gerçekleşmiştir.²²

Yatış yapılan servislerin ilk beşinin sıralaması, Dahiliye (%19,4), BAS Gözlem Odası (%16,5), Genel Cerrahi (%14,3), KBÜ (%14,2) ve Ortopedi (%7,3) olarak gerçekleşti (Bkz. Şekil 4.7). MÜTF Hastanesi'nde yapılan çalışmada hastaların yatırıldıkları servisler, Kardiyoloji (%31), Dahiliye (%23,8), Nöroloji (%10), Genel Cerrahi (%8,2) ve Ortopedi (%7,3) olarak benzer şekilde sıralandığı bildirilmiştir.²² Bu dağılım literatürde değinildiği gibi problemlerinin cerrahi olmaktan çok medikal olduğu bilgisiyle uyumlu olarak değerlendirildi.^{11, 12, 14-16, 27,}

Hastaların yatıncaya veya taburcu oluncaya kadar AS'te, yatan hastaların yattıkları servislerde ve hastanede kaldıkları toplam sürelerin ortalamaları cinsiyet, şikayet, tanı ve yatma durumlarına göre değerlendirildi. Kadınların ve erkeklerin AS'te (ortalama 2 gün), yatırılan servislerde (ortalama 14 gün) geçirdikleri ve hastanede toplam (ortalama 5 gün) buldukları süreler aynıydı. Yatışı yapılan hastaların, servislere göre AS'te kalış oranlarına bakıldığında, yatış yapıldıktan sonra da BAS Gözlem Odası'na yatan grubun AS'te kalmaya devam etmesi nedeniyle en yüksek ortalamaya (8 gün) sahip olduğu görüldü. Dahiliye'ye yatan hastaların, yatış yapılmadan önce ortalama olarak AS'te 3 gün geçirdikleri saptandı. Dahiliye'yi 2

gün ortalama ile KBÜ, Nöroloji, İnfeksiyon, TKDC, Anestezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Dermatoloji bölümleri izledi (Bkz. Şekil 4.11). Başka çalışmalara bakıldığında AS'te geçirilen sürelerin genç hastalar için 15 saat, yaşlı hastalar içinse 18 saat olduğu, 24–48 saatten fazla hastane bakımına ihtiyaç duyan hastaların yatışının yapılmış olduğu görüldü.²⁴ Bu durumun sebepleri olarak, kaydedilen sürelerin saat olarak değil de gün olarak yazılmış olması ve 2005 yılında HÜTF Hastanesi'nde yataklı servislerin önemli bir bölümünün tadilat nedeniyle kapalı olması belirlendi.

Tanısına ulaşılan hastaların var olan kronik hastalık bilgilerinin daha doğru kaydedilmiş olduğu varsayılarak, kronik hastalık değerlendirilmesinde, tanılarına ulaşılan hastalar dikkate alındı. Tanısına ulaşılan hastaların ortalama 1,7 kronik hastalığa sahip olduğu görüldü. Literatürde geriatrik hastaların birden fazla komorbid hastalıklarının bulunduğu belirtilmiştir.^{11, 12, 17, 31} Bazı kaynaklarda geriatrik hastaların ortalama 3-3,5 kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir.^{79, 80} 65 yaş üzerindeki nüfusun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik hastalığı vardır.¹¹ Çalışmadaki ortalamanın düşük olmasının nedeni, muayene formlarının eksik doldurulmuş olmasından veya hastaların bilinen hastalıklarının sorgulanmamasından kaynaklanmış olma olasılığıdır. Tanısına ulaşılan geriatrik hastaların bilinen kronik hastalıklarının %10 üzerinde olanların dağılımı HT (%50,4), KAH (%20,4), DM (%18,4), OP (%10,9), HL (%10,4) solunum sistemi patolojileri (8,5) olarak bulundu (Bkz. Şekil 4.12). Daha önce yapılan bir çalışmada artrit (%52), HT (%52), akciğer hastalığı (%32) ve kalp hastalığı (%29) olarak sıralanmıştır.¹⁵ Başka bir çalışmada da hastaların %64,3'ünde HT ve KKY, %13,1'inde DM olduğu bildirilmiştir.³⁷

Dosyalardan alınan bilgiye göre tanısına ulaşılan hastalar arasında ortalama ilaç kullanımı 2,91 olarak bulundu. Bu oran ülkemizde yapılan bir çalışmadaki ortalamadan⁵ (2,1), yüksek olmakla birlikte, yurt dışından bildirilen ortalamalardan⁸⁰ (4,5) düşüktür. HÜTF Geriatri ünitesine başvuran hastalarda ortalama 3,79 ilaç kullanımı saptanmıştır.⁸² Diğer çalışmalardaki gibi KVS (%51,9) ve antiagregan (%31,1) ilaç gruplarının yüksek olduğu, ancak NSAİİ kullanma oranı (%4) düşük bulundu (Bkz Şekil 4.13). Başka çalışmalarda NSAİİ kullanım oranları belirgin oranda yüksektir. Çalışmamızda oranın düşük olmasının nedeninin, NSAİİ grubunun

hastalar tarafından belirtilmemesi, doktorların iyi sorgulamamaları ve dosyaya kaydetmemeleri olabilir.

Çalışmaya dahil edilen hastalardan tanılarına ulaşılanların, sonuçlarına bakıldığında, %6,7'sinin hastaneden tedavi sürecini tamamlamadan ayrıldığı, %86,9'unun taburcu edildiği, %6,4'ünün de öldüğü saptandı, hastaneyi terk edenler çıkarıldığında ölenlerin oranı %6,9 oldu. Yatmayan hastaların sonuçlarına bakıldığında, ölüm oranının %2,2, hastaneyi terk etme oranının ise %8,4 olduğu görüldü, Yatan hastaların %17,8'inin öldüğü ve %1,9'unun hastaneyi terk ettiği belirlendi. Yatış yapılamamış hastaların ölüm oranının, benzer çalışmalara göre yüksek olmasının nedeni, sonucu ve tanısı hakkında bilgi sağlanamayan hasta sayısının (1496 hasta) yüksek olmasıydı. Yatan hastaların ölüm oranı yatmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,0001$). Yatış yapılan hastalardaki ölüm oranının yüksek olmasının nedeni, durumu daha ciddi olan hastaların ve son dönem onkoloji hastalarının daha fazla yatmasına bağlıdır. Erkek hastaların %7,1'inin, kadın hastaların %5,9'unun öldüğü, anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p=0,415$). Sonuçlara göre yaş ortalaması en yüksek olan grup ölen hastalardı (ortalama: 76 yıl, 65-101 yıl, ortanca 76) ve yaşayan grubun yaş ortalaması 74 yıl (65-98 yıl, ortanca 73) olarak hesaplandı.

Başvuru şikayetleri arasında en yüksek ölüm oranı GDB (%23) grubundaki hastalardaydı, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,0001$). GDB, titreme, halsizlik şikayetiyle başvuran hastaların ölüm oranı yüksek olan, Sepsis, SVO, İKK, malignansi tanılarını almış oldukları bu durumun nedeni olarak görülmüştür. Solunum sistemi (%12), NVS (%9,8) ve KVS (%7,4) şikayet grupları yüksek ölüm oranlarıyla dikkat çekti (Bkz. Tablo 4.5).

Yatış yapılan servislerden, Anestezi (%58,3), Beyin Cerrahisi (%32,8), BAS Gözlem Odası (%32,2), Dahiliye (%26,7) bölümlerine yatan hastalarda ölüm oranları anlamlı olarak yüksekti ($p=0,0001$) (Bkz. Şekil 4.15). Yatış yapılan Dermatoloji, Yanık Ünitesi, Üroloji, Göz, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Plastik Cerrahi ve Psikiyatri servislerinde hiç ölüm olmadı. Anestezi bölümünün sadece yoğun bakım hizmeti vermesi ölüm oranının yüksek olması durumunu açıklamaktadır. Aynı şekilde ölüm oranı yüksek olan Beyin Cerrahisi, Genel Cerrahi ve Dahiliye bölümleri de yoğun bakım hizmeti sunmaktadırlar. Hastaların yatış yapıldıktan sonra yoğun

bakıma ve servise geçişlerinin olması ve çalışmada hastanede bulunan toplam süre değerlendirilmesi yapıldığı için yoğun bakım ve servis ayrımı yapılamadı. Ancak hastanede kalış süresince yatan hastaların %22'sinin yoğun bakımda bir süre buldukları tespit edildi, tanısına ulaşılan hastaların %6'sının yoğun bakımda bulunduğu anlaşıldı. Bu durum diğer çalışmalardaki sonuçlarla uyumluydu.^{14,16,17}

Ölümlerin kronik hastalıklara göre dağılımına bakıldığında, ölüm için risk faktörü olarak görülen kronik hastalıklar %27,6 ile KBY ($p=0,0001$), %17,4 ile kognitif bozukluk ($p=0,001$) oldular (Şekil 4.16). Kognitif bozukluk tanısı konulmuş olan hastaların ölüm oranının yüksekliği, kendi bakımını yapamayan, başkalarına bağımlı hastaların sonuçlarının daha kötü olduğunu bildiren yayınlarla uygunluk göstermekteydi.^{12, 30} Hipertansif hastalarda, HT'un kontrol altına alınmasıyla, kognitif fonksiyonların bozulmasının önlenileceği belirtilmektedir. Kognitif fonksiyon bozukluğu olan hastaların ölüm oranlarındaki yükseklik bunun önemini göstermektedir.^{51-53, 55,56}

SONUÇ ve ÖNERİLER

HÜTF Hastanesi Erişkin AS'ine başvuran yaşlı hasta oranı tüm başvuruların %12,2'sini oluşturarak yayınlanmış çalışmalara benzerdi. AS'e geriatrik yaş grubu, genel nüfusa oranlarında daha fazla başvuru yapmaktadırlar. Başvurudan sonra tanı ve tedavi sürecini tamamlamadan hastaların %7,7'si hastaneden ayrılmıştır.

Hastaların %43'ü erkek, %57'si kadındır. Bu dağılım NVİ'nin 2005 yılı nüfus kütüğü verileri temel alındığında ortaya çıkan %41 erkek ve %59 kadın oranlarıyla benzerlik göstermiştir.

NVS (%14,3), KVS (%13,3), solunum sistemi (%11,8), karın ve yan ağrısı (%10,1), bulantı-baş dönmesi (%9,1), düşme (%8,6), KİS (%7,2) şikayetleri en fazla başvuru nedenleriydi. Her iki cinsiyetin en sık başvuru nedeni olan ilk dört şikayeti benzer dağılım göstermekteydi. Kadınlarda KİS, erkeklerde ise ürolojik şikayetler istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.

Hastalar kış ve ilkbahar aylarında daha yüksek oranda başvurumaktadırlar. Solunum sistemi şikayetleri kışın, ishal ve dışkılama sorunları ise yazın daha fazla başvuru nedeni oldular. Tanılarda da aynı şekilde solunum sistemi patolojileri kış mevsiminde, ishal ve sıvı elektrolit bozuklukları ise yaz aylarındaysa sık görülmekteydi.

Hastaların %20,4'üne KVS, %12,6'sına enfeksiyon, %11,6'sına NVS, %9,9'una GİS tanılarının konuldu. En fazla konulan tanılar her iki cinsiyette de benzer şekilde sıralandılar. YDT ve cilt kesileri kadınlarda daha yüksek olurken, ürogenital patolojiler erkeklerde daha fazlaydı.

Hastaların %18,6'sı yatırılarak tedavi edilmiştir. Bu oran başka hastanelerde yapılan çalışmalardan düşüktür. Geriatrik hastaların %3,6'sı BAS Gözlem Odası'na yatırılırken, genç hastaların yatış oranı %1,3'tür. Yaşlı hastaların yatış oranı gençlerden daha fazla olduğu görülmüştür.

Malignansi, kafa travması ve İKK, kırıklar, GİS ve KVS tanı gruplarındaki hastaların yatışları anlamlı derecede yüksektir.

Dahiliye (%19,4), BAS Gözlem Odası (%16,5), Genel Cerrahi (%14,3) ve KBÜ (%14,1) en fazla yatış yapılan bölümlerdir. Yatan hastalar içinde AS'te kalış ortalaması en fazla Dahiliye'ye yatan hastalardaydı. AS'te ortalama kalma süresinin

ayaktan tedavi edilen hastalarda 1 gün ve yatış yapılan hastalarda ise 3 gün olduğu görüldü.

AS'e başvurmadan önce tanısı konulmuş hastalıkların ortalaması 1,7'ydi, bu oran literatür bilgisi olan 3'ten düşüktü. Bunun nedeni dosyalara bilgilerin yeterli olarak aktarılmaması olasıdır. Hastaların daha önceden kullanmakta oldukları ilaç ortalaması 2,91 olarak bulundu.

GDB şikayetiyle başvuran hastaların ölüm oranları yüksek olurken, malignansi, kafa kravması ve İKK tanı gruplarında en yüksek ölüm gerçekleşti. Altta yatan KBY ve kognitif bozukluğu olan hastalarda da ölüm oranı yüksek olarak gerçekleşti.

Çalışma yapılırken, dosyalara ulaşamadığında, bilgisayar sisteminde kaydedilen konsültasyon notlarından bilgi elde edilmesi, bu tür değerlendirmelerde ulaşılabilir kayıtların yararını ortaya koymuştur.

HÜTF Hastanesi Erişkin AS'ine başvuran geriatrik hastalar dikkate alınacak kadar yüksektir. Hastaların yatış ve ölüm oranları da yüksektir. AS ekibinde çalışan personel tarafından geriatrik hastalara özgü sendromların bilinmesinin oldukça önemli olduğu gösterilmiştir. Genç hastaların incelenmesi aradaki farkın bulunması için yararlı olacaktır.

Hastaneye yatış oranlarının yurt dışındaki çalışmalardan düşük olması ve acil serviste geçirilen sürelerin belirgin olarak yüksek olması değerlendirilmesi gereken konular olarak görülmektedir. Benzer çalışmaların ileriki yıllarda tekrarlanması, oranların değişip değişmediğini görmek için yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sanders AB: Care Of The Elderly People In The Emergency Department: Where Do We Stand? Ann Emerg Med. 1992;21:792-795.
2. Sanders AB: Care Of The Elderly People In The Emergency Department: Conclusions And Recommendations. Ann Emerg Med. 1992;21:830-834.
3. US Bureau Of The Census: Statistical Abstract Of The United States, 1990 ed 110, Washington DC, 1990, US Government Printing Office
4. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>
5. T.C. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, Nüfus Kütükleri Verileri, 2005, http://www.nvi.gov.tr/11,2005nufus_Kutukleri_Ist.html
6. Arıoğul S. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006, s:4.
7. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğler T. Yaşlıda İlaç Kullanımı. Türk Geriatri Dergisi. 1999;2(1):33-38.
8. Seçkin Ü, Bodur H, Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda İlaç Tüketimi. Türk Geriatri Dergisi. 1998;1(1):36-38.
9. Hansson L, Heder T, Himmelmann A. The Lower The Beter-PROGRESS Of The Concept. Blood Press. 2001;10:122-123.
10. Şahin EM, Yalçın BM. Huzurevinde Veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırması Türk Geriatri Dergisi. 2003;6(1):10-13.
11. Aydın ZD. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. Türk Geriatri Dergisi. 1999;2(4):179-187.
12. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older Adults İn The Emergency Department: A Systematic Review Of Patterns Of Use, Adverse Outcomes, And Effectiveness Of Interventions. Ann Emerg Med. 2002;39(3):238-47.
13. Grief CL. Patterns of ED Use And Perceptions Of The Elderly Regarding Their Emergency Care: A Synthesis Of Recent Research. J Emerg Nurs. 2003Apr;29(2):122-6.
14. Strange GR, Chen ER. Use Of Emergency Departments By Elder Patients: A Five Year Followup Study. Acad Emerg Med. 1998;5:1157-1162.

15. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC, ve ark. Care Of The Elderly In The Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 1986;15:528–535.
16. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use Of Emergency Departments By Elderly Patients: Projections From A Multicenter Data Base. *Ann Emerg Med.* 1992;217:819–824.
17. Singal BM, Hedges JR, Rousseau E, ve ark. Geriatric Patient Emergency Visits. Part I: Comparison Of Visits By Geriatric And Younger Patients. *Ann Emerg Med.* 1992;21:802-807.
18. Wass A, Zoltie N. Changing Patterns In Accident And Emergency Attenders. *J Accid Emerg Med.* 1996;13:269–271.
19. Durukan P, Çevik Y, Yıldız M. Acil Servise Karın Ağrısıyla Başvuran Yaşlı Hastaların Değerlendirilmesi *Türk Geriatri Dergisi.* 2005;8(3):111-114.
20. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı Hastaların Acil Servis Başvuruları. *Türk Geriatri Dergisi.* 2003;6(3):83-88.
21. Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age-Related Differences In Diagnoses Within The Elderly Population. *Am J Emerg Med.* 1998;16:43-48.
22. Mert E. Geriatrik Hastaların Acil Servis Kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi.* 2006;9(2):70-74.
23. Ettinger WH, casani JA, Coon PJ, ve ark. Patterns Of Use Of The Emergency Department By Elderly Patients. *J Gerontol.* 1987;42:638-642.
24. Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The Use And Effectiveness Of An Emergency Department Observation Unit For Elderly Patients. *Ann Emerg Med.* 2003 May;41(5):668–77.
25. Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL, ve ark. Emergency Department Utilization By The Elderly: Analysis Of The National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Acad Emerg Med.* 1996;3:694–699.
26. Sanders AB, Morley JE. The Older Person And The Emergency Department. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:880–882.

27. Baum SA, Rubenstein LZ. Old People In The Emergency Room: Age-Related Differences In Emergency Department Use And Care. *J Am Geriatr Soc.* 1987;35:398–404.
28. Watson WT, Marchell ES, Fosbinder D, ve ark. Elderly Patients' Perceptions Of Care In The Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 1999;25:88–92.
29. Hedges JR, Singal BM, Rousseau EW, Sanders AB, Bernstein E, McNamara RM, et al. Geriatric Patient Emergency Visits Part II: Perceptions Of Visits By Geriatric And Younger Patients. *Ann Emerg Med.* 1992;21:808-13.
30. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, ve ark. Return To The Emergency Department Among Elders: Patterns And Predictors. *Acad Emerg Med.* 2000;7:249–259.
31. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, ve ark. Prediction Of Hospital Utilization Among Elderly Patients During The 6 Months After An Emergency Department Visits. *Ann Emerg Med.* 2000;36:438–445.
32. Friedmann PD, Jin L, Karrison TG, Hayley DC, Mulliken R, Walter J, Chin MR. Early Revisit, Hospitalization, Or Death Among Older Persons Discharged From The ED. *Am J Emerg Med.* 2001 Mar;19(2):125–9.
33. McNamara R, Rousseau E, Sanders AB. Geriatric Emergency Medicine: A Survey Of Practicing Emergency Physicians. *Ann Emerg Med.* 1992;21:796–800.
34. Sinoff G, Clarfield AM, Bergman H, Beaudet M. A Two-Year Follow-Up Of Geriatric Consults In The Emergency Department. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jun;46(6):716–20.
35. Miller DK, Lewis LM, Nork MJ, ve ark. Controlled Trial Of A Geriatric Case-Finding And Liaison Service In An Emergency Department. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:513–520.
36. Khan SA, Miskelly FG, Platt JS, ve ark. Missed Diagnoses Among Elderly Patients Discharged From An Accident And Emergency Department. *J Accid Emerg Med.* 1996;13:256–257.
37. Gürol Arslan G, Eşer İ. Yaşlılara Verilen Eğitimin İlaç Kullanım Uyumuna Etkisinin İncelenmesi *Türk Geriatri Dergisi.* 2005;8 (3):134-140.

38. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda Özür lü lü ğü n De ğ er len di ri mi ne Yö ne lik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma. Türk Geriatri Dergisi. 1999;2:103-114.
39. Mc Craig LF: National Hospital Ambulatory Medical Care Survey:2000 Emergency Department Summary. Washington DC National Center For Health Statistics, Centers For Disease Control And Prevention, US Department Of Health And Human Services, 2002.
40. Ünal G, Bilge A. İleri Yaşı Grubunda Yalnızlık, Depresyon Ve Kognitif Fonksiyonların İncelenmesi Türk Geriatri Dergisi. 2005;8(2): 89-93.
41. Arıo ğ ul S. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006, s:145-146.
42. Tezel CG, İça ğ asıo ğ lu A, Karabulut A, Kolukısa Ş, Keskin H. Geriatri Hastalarında Bilişsel Düzey, Depresyon, Fonksiyonel Kapasite De ğ er len di ri lme si. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(4):206-210.
43. Küçükardanlı Y, Yazgan Y, Çangır Z, Top C, Nalbant S, Berdan E, Keskin Ö, Danacı M. Geriatrik Popülasyonda Non-Steroid al Anti-İnflamatuvar İlaçlara Ba ğ lı Olan ve Olmayan Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Olguların Karşılaştırılması Türk Geriatri Dergisi. 2002;5(3):87-90.
44. Oral A. Yaşlılarda Osteoartrit Tedavisinde Nonsteroidal Anti-İnflamatuvar İlaçlar: Yan Etkier Ve İlaç Etkileşimleri. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(3):166-172.
45. Aisen PS, Schafer K, Grundman M, Thomas R, Thal LJ. NSAIDs And Hypertension. Arch Intern Med. 2003;163:1115.
46. Armstrong EP, Malone DC. The İmpact Of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs On Blood Pressure, With An Emphasis On Newer Agents. Clin Ther. 2003;25:1-18.
47. Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Schersten B, Ekbom T, Wester PO. Mortality And Morbidity In The Swedish Trial In Old Patients With Hypertension. Lancet. 1991;338:1282-1285.
48. SHEP Cooperative Research Group, Prevention Of Stroke By Antihypertensive Drug Treatment In Older Persons With Isolated Systolic Hypertension: Final

- Results Of The Systolic Hypertension In The Elderly Program. *JAMA*. 1991;265:3255-3264.
49. MRC Working Party: Medical Research Council Trial Of Treatment Of Hypertension In Older Adults: Principal Results. *Br Med J*. 1992;305:304-312.
 50. Insua JT, Sacks HS, Lau TS, Lau J, Reitman D, Pagano D, ve ark. Drug Treatment Of Hypertension In The Elderly: A Meta-Analysis. *Ann Intern Med*. 1994; 121:355-362.
 51. Ferucci L, Guralnik JM, Salive ME, Pahor M, Corti MC, Baroni A, ve ark. Cognitive Impairment And Risk Of Stroke In The Older Population. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44: 237-241.
 52. Birkenhager WH, Forette F, Seux ML, Wang JG, Staessen JA. Blood Pressure, Cognitive Functions And Prevention Of Dementias In Older Patients With Hypertension. *Arch Intern Med*. 2001; 161: 152-156.
 53. Meyer JS, Rauch G, Rauch RA, Haque A. Risk Factors For Cerebral Hypoperfusion, Mild Cognitive Impairment, And Dementia. *Neurobiol Aging*. 2000; 21:161-169.
 54. Paran E, Anson O, Reuveni H. Blood Pressure And Cognitive Functioning Among Independent Elderly. *Am J Hypertens*. 2003; 16: 818-826.
 55. Çurgunlu A, Kutlu A, Döventaş A, Özkeskin G, Baygören S, Erdinçler DS, Karter Y, Tezcan V. Yaşlı Hipertansif Hastalarda Kognitif Fonksiyon Değerlendirmesi *Türk Geriatri Dergisi*. 2005,8(2):69-71.
 56. Waldstein SR, Katzel LI. Gender Differences In The Relation Of Hypertension To Cognitive Function In Older Adults. *Neurol Res*. 2004;26:502-506.
 57. Traub P. Cerebral Blood Flow In Hypertensive Elderly: The Effect Of Antihypertension Therapy. *Harefua*. 1994;126:141-144.
 58. Hanon A, Latour F, Seux ML, Lenoir H, Forette F, Rigaud AS. Relationship Between Arterial Pressure And Cognitive Function. Data For The French Network On Alzheimer's Disease (REAL). *Rev Med Interne*. 2003;3:292-300.
 59. Esses D, Birnbaum A, Bijur P, Shah S, Gleyzer A, Gallagher EJ. Ability Of CT To Alter Decision Making In Elderly Patients With Acute Abdominal Pain. *Am J Emerg Med*. 2004;22:270-272.

60. Wolff CCP, Fagbohun CF, Toy EC, Baker B. The Evaluation Of Acute Abdominal Pain In The Elderly Patient. Prim Care Update Ob/Gyns. 1999;6(6):181-185.
61. McNamara R. Abdominal pain in the elderly. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (Editors). Emergency Medicine. A Comprehensive Study Guide. Fifth Edition,,: McGraw-Hill, NY, USA. 2000; s:515-519.
62. Ağalar F, Özdoğan M, Daphan ÇE, Topaloğlu S, Sayek İ. Akut Karınla Başvuran Geriatrik Hastalarda Cerrahi Tedavi Ve Sonuçları Türk Geriatri Dergisi. 1999;2(1):1-4.
63. Zülfikaroğlu B, Özalp N, Keşkek M, Bilgiç İ, Koç M. 80 Yaş Ve Üzerindeki Hastalarda Acil Abdominal Cerrahi. Türk Geriatri Dergisi. 2005;8(3):115-119.
64. Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006, s:522.
65. Karakaya Kabukçu H, Uluşan V. Yaşlılarda Pulmoner Tromboemboli. Türk Geriatri Dergisi. 2003;6(3):113-118.
66. Herman AR, Arnsten JH. Diagnosis And Treatment Of Pulmonary Embolism In The Elderly. Clin Geriatr Med. 2003;19:157-75.
67. Brotman DJ, Segal JB, Jani JT, Petty BG, Kickler TS. Limitations Of D-Dimer Testing In Unselected Inpatients With Suspected Venous Thromboembolism. Am J Med. 2003;114:276-282.
68. Usta Yeşilbalkan Ö, Karadakovan A. Narlıdere Dinlenme Ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörleri. Türk Geriatri Dergisi. 2005;8(2):72-77.
69. Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006, s:340.
70. Dönmez L, Gökkoca Z. Accident Profile of Older People in Antalya City Center, Turkey. Arc Gerontol Geriatr. 2003;37:99-108.
71. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlılarda Ev İçi Kazalar. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(2):89-94.
72. Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006, s:348.
73. Tüzün Ç, Tıkız C. Yaşlılarda Kalça Kırığı ve Rehabilitasyon Sorunları. Türk Geriatri Dergisi. 2006;9(2):108-116.
74. Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006, s:144.

75. Kutner NG, Brogan D, Hall WD, Haber M, Daniels DS. Functional Impairment, Depression, And Life Satisfaction Among Older Hemodialysis Patients And Age-Matched Controls: A Prospective Study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81:453-459.
76. Levendođlu F, Altıntepe L, Uđurlu H. Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Disabilite, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2004;7(4):195-198.
77. Jones JS, Rousseau EW, Schropp MA, Sanders AB. Geriatric Training In Emergency Residency Programs. *Ann Emerg Med.* 1992;21:825–829.
78. Karataş GK, Maral I. Ankara-Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı Ve Düşme İçin Risk Faktörleri. *Türk Geriatri Dergisi.* 2001;4:152-158.
79. Moons P, Arnauts H, Delooz HH. Nursing Issues In Car Efor The Elderly In The Emergency Department: An Overview Of The Literature. *Accident and Emergency Nursing.* (2003);11:112-120.
80. Hayes KS. Challenges in Emergency Care: The Geriatric Patient. *Geriatric Assesment In The Emergency Department. Journal of Emergency Nursing.* 2000;26 5):430-435.
81. Arıoğul S. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006, s:76.